

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

336

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Maurice Albert Gustave LETAILLEUR

Né le 8 Décembre 1910 à Hardivillers en Vexin (Oise)

HÉRÉDOSYPHILIS ET OLIGOPHRÉNIES

*Recherches et Statistiques sur le Rôle de l'Hérédosyphilis
par rapport aux autres facteurs étiologiques
dans 100 cas d'Arriération Mentale*

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Maurice Albert Gustave LETAILLEUR

Né le 8 Décembre 1910 à Hardivillers en Vexin (Oise)

HÉRÉDOSYPHILIS ET OLIGOPHRÉNIES

*Recherches et Statistiques sur le Rôle de l'Hérédosyphilis
par rapport aux autres facteurs étiologiques
dans 100 cas d'Arriération Mentale*

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIEM
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON . . .	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie Médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MH J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Parasitologie.
NEVEU-LEMAIRE	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	

V₂ — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME ET A NOS ENFANTS

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MES GRANDS-PARENTS

ET A MON ONCLE MONSIEUR GUSTAVE DEBOMY

En remerciement de tout ce qu'ils ont fait pour moi, avec l'expression de ma vive reconnaissance et de mes sentiments affectueux.

A MON PÈRE

ET A MES BEAUX-PARENTS

Hommage respectueux.

A MES PARENTS

PARTICULIÈREMENT A MA BELLE-SŒUR

MADemoisELLE ALICE MORNIE

ET A MES COUSINS RENÉ ET JOSEPH DEBOMY

A MES AMIS, A MES CAMARADES D'INTERNAT

A NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant de présider
cette thèse. Hommage respectueux de
notre vive admiration et de notre pro-
fonde gratitude.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A M. LE DOCTEUR JEAN PICARD

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Médecin Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail
presque entièrement exécuté dans son
Service et aidé de ses conseils. Hom-
mage de notre vive reconnaissance et
de notre respectueux attachement.*

A M. LE DOCTEUR HENRI EY

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

*En remerciement de son enseignement
clinique et de l'intérêt qu'il a porté
à notre travail. Témoignage de notre
profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR JEAN LAUZIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Médecin-Chef
de la Maison de Santé Interdépartementale de Clermont
Médecin Directeur de la Maison de Santé de la Chartreuse
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a donné au cours de notre Internat dans son service et en des circonstances particulièrement pénibles, tant de preuves de sa bienveillance. Témoignage de notre vive reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR PIERRE-ADOLPHE CHATAGNON

Ancien Médecin-Chef
de la Maison de Santé Interdépartementale de Clermont
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il a été notre premier maître en Psychiatrie. Son exemple restera pour nous le meilleur des enseignements. Hommage de notre respectueuse affection.

A NOS AUTRES MAITRES
DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

MM. LES DOCTEURS BRIAU, BROUSSEAU, GUIARD,
LEMAUX, PIGNÉDE, MME LE DOCTEUR COILET,
MM. LES DOCTEURS RONDEPIERRE ET DOUSSINET

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques

*En témoignage de notre reconnaissance
pour le bienveillant accueil qu'ils nous
ont toujours réservé dans leur service.
Hommage respectueux.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS RATHERY, DUVAL,
COUVELAIRE, GOUGEROT, LÉMIÈRE

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS CADENAT,
ET AUBERTIN

MM. LES DOCTEURS HALBRON, LESNÉ

A M. LE DOCTEUR JULIEN MARIE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui nous a donné au cours de nos études tant de marques de sympathie. Il a été à la fois notre guide et notre médecin. Témoignage de notre vive admiration et de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Alcméon de Crotona a conçu le premier l'idée que le cerveau est le siège de la pensée et le soutien de toutes les sensations. Mais c'est surtout à Théophraste que revient le mérite d'avoir compris que l'aliénation mentale reconnaît un principe matériel dans le dérangement des éléments composants de l'encéphale.

Platon, IV siècles avant notre ère, reconnaissait déjà que l'hérédité n'est pas simplement physique, mais que les qualités et les défauts de l'intelligence se transmettent aussi aux enfants et il demandait au législateur d'édicter des règles d'eugénique.

Cependant, il faut attendre le XIX^e siècle pour rencontrer des études approfondies des prédispositions héréditaires en psychiatrie. Esquirol a soulevé à nouveau la question : « Quelquefois, dit-il, c'est dans le sein maternel qu'il faut rechercher la cause première de la folie. » Marc, Falret, Baillarger s'y sont intéressés ; Lucas et Moreau de Tours lui ont consacré des ouvrages qui marquent une date dans l'histoire des recherches étiologiques sur les maladies mentales. Mais c'est à Morel que l'on doit le premier « Traité des Dégénérescences ». Sa formation à l'école de Lassègue, son assiduité aux cours du muséum et son amitié pour Claude Bernard l'avaient préparé à sa conception anthropologico-psychiatrique de la dégénérescence. L'homme parfait au moment de sa création mais supportant le poids

du péché originel s'achemine progressivement par des déviations malades du type normal de l'humanité héréditairement transmissibles et de plus en plus marquées, vers sa déchéance totale. Ce principe posé, il recherche et expose les causes de cette dégradation. « L'enfant est peut-être né dans des conditions héréditaires fatales ; il peut avoir puisé dans le sein même de sa mère les éléments de sa dégénérescence ultérieure ; ou bien encore, en dehors de toute influence héréditaire, en dehors de toute impression sensorielle ressentie par la mère, il est exposé à des affections convulsives tuberculeuses ou autres, qui amènent les mêmes conséquences que l'imbécillité et l'idiotie « congénitales ». Au point de vue nosologique, dans ce groupe de « la folie héréditaire », il distingue parmi quatre grandes classes : celle enfin du type idiotie, imbécillité, crétinisme. Ainsi donc dès 1857, les infirmités intellectuelles que nous nous proposons d'étudier sont rattachées à la fois à l'hérédité et aux infections acquises de l'enfance.

Magnan et Legrain, rejettent les conceptions métaphysiques de leur prédécesseur et s'appuient sur d'autres bases. Ils partent de l'homme à l'état brut, inculte, mais normal, « ayant en puissance des améliorations progressives qui s'accompliront dans sa descendance ». Si à un moment de l'évolution l'équilibre biologique est rompu, l'ascension vers « le plus parfait » s'arrête et c'est la déchéance qui commence pour tomber, le plus souvent progressivement, parfois brutalement, au bas de l'échelle, « à l'idiot, type essentiellement pathologique qui résume en lui toutes les dégradations subies par ses ascendants » (Magnan et Legrain). Dans un cas la dégénérescence est le produit d'une longue suite

de transformations morbides héréditaires, dues aux facteurs collectifs (disettes, famines, etc...) ou aux « facteurs individuels (professions insalubres, alcoolisme, morphinisme, etc...) ». Dans l'autre cas, il s'agit d'un accident qui frappe un organisme en voie de développement et dont Legrain et Magnan ont donné les raisons. « Il faut comprendre parmi ces causes, les maladies du fœtus, les accidents de la grossesse et de l'accouchement susceptibles d'altérer la vitalité de l'enfant... Plus tard ce sont les maladies aiguës, infectieuses de la première enfance : variole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc... surtout celles qui s'accompagnent de phénomènes cérébraux et médullaires. Ce sont d'une manière générale, toutes ces affections médicales ou chirurgicales (traumatismes crâniens) qui troublent l'organisme d'une façon assez profonde pour frapper les sujets d'un arrêt de développement irrémédiable ». Dans ses recherches sur les centres nerveux, Magnan, à la lumière des travaux de Fritz, Roger et Damasschino, Wesphal, Vulpian, Dejerine, etc..., montre l'identité clinique et anatomique entre les dégénérés acquis.

Dupré même en créant la notion des maladies constitutionnelles et des maladies lésionnelles, n'apporte pas de modifications aux données acquises précédemment. « Ces affections constitutionnelles, dit-il, semblent liées à des anomalies congénitales ou précocement acquises, des régions du cortex où s'élabore l'activité psychique : anomalies de structure, de rapports ou de nutrition. »

Guislain et Critchett ont rapporté les premiers cas de syphilis congénitale chez les idiots. Judson S. Bury montre dans un travail d'ensemble sur la

question (1883) la fréquence de ce facteur dans « la production de l'idiotie ou de la démence ». Quatre ans plus tard, inaugurant ainsi la série des controverses qui devraient opposer désormais les auteurs, « Langdon-Dawn établit qu'il n'y a pas plus de 2 % d'idiotis chez lesquels on constate les signes d'hérédosyphilis » (Paddle). Il s'élève contre la part trop grande que lui fait Bury. Les premières statistiques à propos des idiots sont publiées et leurs résultats sont extrêmement variables : Wildermuth 12 %, Ziehen 27 %, Binswanger 9,5 %, Brown 2 %, Wackmuth 0 %, Shuttleworth 0,4 %.

C'est à peu près à la même époque que Fournier écrit « la syphilis héréditaire aboutit en certains cas à créer des enfants bornés, incapables, ou même des enfants imbéciles, idiots ». Bourneville, quelques années plus tard (1901) entreprend la recherche systématique « des maladies chroniques et nerveuses de l'enfance qui produisent les différentes formes d'idiotie, d'imbécillité, d'arriération intellectuelle et morale... ». Il incrimine surtout : les professions insalubres des parents, l'hérédosyphilis, l'hérédité psychoneuropathique et 19 fois l'hérédosyphilis sur 2.872 cas. L'introduction dans la pratique de la réaction de Bordet-Wasserman (1906) et l'importance donnée aux stigmates, après les travaux d'Edmond Fournier ont permis au champ de l'hérédosyphilis de s'étendre de plus en plus. Les taux de réactions positives dans le sérum sanguin des arriérés est souvent élevé. En effet, d'après Strohmayer et Paddle, Raviart (1908) en trouve 76 sur 246, soit 30,8 % ; Dean (1909) 51 sur 330, soit 15,4 % ; Fraser et Watson (1913) chez des sujets de 1 à 17 ans, 91 sur 194, soit 46,8 % ; Gordon (1913) 66 sur 400, soit 16,5 % ; Key et Pijpée (1922) 119 sur 217, soit 55 % ; Stewart (1925) 158 sur 800, soit

19,75 %, Vermeylen (1935) 34 sur 189, soit 18 % ; Kaufman 42 sur 97, soit 44 %. Partant de ces chiffres, y ajoutant les cas où l'examen clinique seul semblait pouvoir leur permettre les mêmes conclusions, les auteurs ont essayé de traduire par des chiffres la fréquence de l'hérédo-syphilis. Elle s'élève à 33 % pour Raviart (1908) ; 34 % pour Lipman (1909) ; 25 % pour Heuyer (1913) ; plus de 50 % pour Fraser et Watson (1925) ; 43 % pour Pastori (1925) ; 21,5 % pour Irène Kaufman (1928) ; 40 % pour Pierre Male (1927) ; plus de 40 % pour Heuyer et Mlle Badonnel (1928). Dès 1925, au Congrès de Paris, Vermeylen conclut à une communication sur le sujet : « il semble donc bien que le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de l'arriération mentale est considérable et qu'elle doit être considérée comme la cause par excellence, les autres agents étiologiques ne venant la plupart du temps que lui fournir un appoint d'importance variable. » Enfin en 1930, Drouet et Hamel dans leur livre sur l'hérédo-syphilis mentale en arrivent à dire : « la plupart des cas d'arriération mentale relèvent de l'hérédo-syphilis ».

Ces conclusions sont loin d'être admises par tous les auteurs, surtout en Angleterre, en Amérique, et en Allemagne. L'incidence de la réaction de Wasserman positive dans le sérum sanguin ou dans le liquide céphalo-rachidien s'est montrée entre les mains de certains auteurs beaucoup moins fréquente. Ainsi Thomsen, Boas, Hopt et Leschly la trouvent 31 fois sur 2061 cas soit 1,5 % ; Liebers et Maass, 9 fois sur 203, soit 4,5 % et 3 % seulement dans L.C.R. ; Dayton, 497 fois sur 9.183, soit 5,4 % ; Woodall, 18 fois sur 1.314, soit 1,37 % ; Bronfenbrenner, 34 fois sur 2.463, soit 5,4 % ; Paddle, 75 fois sur 1.598, soit 4,5 %. Même ceux qui

s'aident de l'examen physique pour faire le diagnostic d'hérédo-syphilis n'incriminent cette étiologie que rarement. Ainsi Karl Brugger ne la met en cause que 9 fois chez 227 sujets que nous aurions considérés comme oligophrènes. Le Professeur Rüdin prétend même que l'influence dégénérative (Heinrichadigend) de la syphilis n'est en aucune façon démontrée et ne veut lui reconnaître un rôle que dans les cas où il s'agit d'une encéphalite du type de la syphilis cérébrale.

C'est une des tendances des psychiatres Américains (Goddard, Dayton, Woodall, Brontenbrenner), Suédois (Larsen), Suisses (Brugger) mais surtout Allemands, d'avoir recherché d'autres causes aux oligophrénies et de ne plus se contenter de ce diagnostic étiologique qui tendait à devenir le seul possible et à faire des arriérations mentales de véritables stigmates de l'hérédo-syphilis. Weigandt, Ganter, puis Ossman ont rappelé l'importance des tares héréditaires dues en grande partie pour ce dernier à l'alcoolisme des parents, tandis que pour Hillenberg, Reiter et Osthoff, il s'agirait d'une hérédité similaire. Lockay, Brugger, Higier, Larsen distinguent les causes des oligophrénies en 2 grandes classes : les causes endogènes, les causes exogènes beaucoup plus rares [238 sur 1.000 cas dans l'exemple de Larsen, soit 23,8 % ; 49 pour 254, soit 19 % dans celui de Karl Brugger]. Elles correspondent aux formes héréditaires et acquises que distinguaient nos anciens auteurs. Par les méthodes généalogiques [Jorger, Loclay et Brugger], par l'étude complète des familles des malades (Reitter et Osthoff, Anna Juda), par les recherches sur les jumeaux (Jens-Cr. Smith) les auteurs de langue allemande ont mis en évidence le rôle considérable que joue pour eux l'hérédité. Lenz, Hoffmann d'abord

avaient cru que celle-ci se faisait suivant les lois de Mendel ; mais Weinberg et Rüdin ont montré que les choses ne sont pas aussi simples. Luxemberger a signalé tout le profit que pourrait tirer cependant l'eugénique du calcul des probabilités d'apparition d'une tare psychique chez un individu. Brousseau qui a consacré aux conceptions allemandes relatives à l'hérédité une revue critique importante résume ainsi les données du « pronostic héréditaire » d'après Rüdin. « Les frères et sœurs des insuffisants mentaux pour causes héréditaires sont touchés dans la proportion de 17 %, leurs enfants dans 60 % des cas, leurs neveux et nièces dans 40 %. On sait d'autre part que sur l'ensemble de la population, le taux des oligophrènes est d'environ 1 %, que l'on voit multiplier par 60 chez leurs propres enfants. »

Le Professeur Rüdin, dans une lettre dont il a bien voulu nous honorer, schématise ainsi les idées de l'école allemande sur l'étiologie des oligophrènes : « Quant au rôle étiologique de l'hérédosyphilis pour l'oligophrénie, le nombre des cas, où celle-ci a pu être constatée dans les travaux des dernières années, ne surpasse guère 1 à 2 %. Le plus fort accent est sans doute à mettre sur la disposition héréditaire avec 80 à 85 % de tous les cas recherchés. Le reste peut être considéré comme causé par les maladies de première enfance. Néanmoins, même ces dernières semblent altérer plus souvent l'intelligence, quand elles arrivent dans des familles avec la disposition héréditaire pour l'oligophrénie que dans les autres familles. L'alcoolisme enfin des parents dans la plupart des cas ne semble pas être la cause de l'oligophrénie, mais plutôt l'expression d'une certaine constitution psychopathique et d'un man-

« que d'intelligence aussi héréditaire, qui ensuite
« pour sa part est transmis aux enfants. »

A la faveur de cette discussion entre partisans et adversaires de ces deux thèses, celle de l'hérédo-syphilis, celle de l'hérédité psychopathique, on a, semble-t-il, beaucoup laissé dans l'ombre le rôle des maladies de la grossesse et celles du premier âge. Cependant les travaux des pédiatres sur les encéphalites aiguës post-infectieuses de l'enfance se sont multipliées ces dernières années depuis le premier article de J. Comby. Quand on étudie les observations rapportées par cet auteur et plus récemment par J. Roudinesco, G. Riom ou M.Th. Comby, on est frappé par la fréquence avec laquelle ces encéphalites aiguës infantiles peuvent laisser, à côté de séquelles neurologiques, comme l'hémiplégie, la chorée, l'épilepsie, des séquelles psychiques, soit à l'état pur, soit coexistant avec les précédentes. Elles « n'ont rien de pathognomoniques, dit Caroline Riom, et ne réalisent pas de syndrome psychique caractéristique comme l'encéphalite léthargique. On y trouve des troubles du caractère, de la turbulence, de l'agitation, des troubles de l'intelligence allant de l'arriération grave à l'idiotie ». Il s'agit parfois de syndromes encéphalitiques compliquant des fièvres éruptives, et il n'y a dans ce cas aucune relation évidente entre la gravité des phénomènes nerveux et l'intensité de l'exanthème, au contraire pour certains auteurs (Ludo van Bogaert, Jean Picard), ils peuvent compliquer les plus bénignes comme les plus graves d'entre elles : vaccine, varicelle, variole, rougeole, scarlatine. D'autres fois, c'est à l'occasion d'une coqueluche, du rhumatisme articulai-

re aigu, de la diphtérie, d'une fièvre typhoïde qu'on les observe. Vermeylèn, à propos des manifestations neuro-psychiatriques tardives des maladies infectieuses de l'enfance, déclare : « Dans quelques cas il y avait eu des signes nets d'encéphalite, dans d'autres, rien de spécial n'avait été remarqué à cet égard au cours de l'infection. Mais il faut tenir compte du fait que les signes neurologiques sont souvent très discrets et, comme il a déjà été signalé, très fugaces. Au moment où apparaissent les manifestations psychopathiques, les signes neurologiques et humoraux, souvent très frustes, ont totalement disparu. » V. de Lavergne et Helluy viennent d'insister à leur tour, en ce qui concerne les encéphalites morbilleuses, sur l'existence de formes atténuées et même méconnues. Cependant, ces troubles encéphalitiques, ces maladies infectieuses ne se feraient qu'à la faveur d'un terrain préparé, d'une neuropexie (Vermeylèn) conséquence de l'atteinte antérieure par la syphilis héréditaire comme dans le cas de L. Marchand et J. Picard (une imbécile épileptique fille de P. G. Société Clinique de Médecine Mentale, 1927), pour d'autres (Rüdin), simple traduction de l'hérédité névropathique.

Enfin, les techniques industrielles nouvelles ont créé un chapitre inédit des intoxications professionnelles et il est permis de se demander si certains produits comme le plomb, l'acide cyanhydrique, le benzol et le benzène, le tétrachlorethane, qui ont une prédilection pour le tissu nerveux des ouvriers qui les manipulent, ne sont pas capables d'atteindre celui de leur descendance. Il est fort probable que les intoxications chroniques graves, comme celles que déterminent les dérivés du benzol (Laignel-Lavastine) se répercutent sur le produit de conception. L'action du saturnisme est bien connue, le problè-

me est encore à l'étude en ce qui concerne les autres produits.

Ainsi depuis plus de 30 ans, psychiatres, vénérérologistes, pédiatres, soutiennent des idées parfois extrêmes concernant l'étiologie des oligophrénies. Pour les uns, l'hérédo-syphilis résume tout, pour les autres, elle n'est qu'une cause exogène parmi quelques autres et c'est aux causes endogènes que tout se ramène : à l'hérédité psychopathique. Les conséquences qu'entraînent ces conclusions sont considérables, au point de vue prophylactique et aussi au point de vue médico-social, puisqu'elles ont abouti Outre-Rhin à la promulgation de la Loi du 14 Juillet 1933 qui impose la stérilisation chirurgicale de tous les états d'insuffisance mentale congénitale.

Dans ce travail, nous nous proposons d'analyser cent observations d'oligophrènes de tout degré, de tout âge et des deux sexes, internes à l'hôpital psychiatrique de Bonneval et de rechercher l'étiologie de leur insuffisance mentale. Nous avons en outre pensé qu'il serait intéressant de comparer nos chiffres et nos conclusions, avec ceux recueillis dans des centres étrangers, où les conditions ethniques varient comme les modes d'existence (populations à prédominance rurale ou citadine). Que MM. les Professeurs Ranschburg (de Budapest), Mazhar Osman Uzman (d'Istamboul), Rüdín (de Munich), Urechia (de Cluj), Vermeylen (de Bruxelles) ; MM. les Docteurs Bersot (du Landeron-Suisse) et Paddle (de Chertsey, Angleterre), Leroy et P. Clemens (de Liège) veuillent bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'aide qu'ils ont bien voulu nous apporter dans cette tâche.

CHAPITRE II

DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES OLIGOPHRÉNIES

Les oligophrénies sont des états d'insuffisance plus ou moins grave, parfois totale du développement psychique. Nous n'avons pas l'intention de faire une étude clinique détaillée de ces troubles qui sont connus de longue date mais plutôt de rappeler brièvement leur place en nosographie et leur classification.

En effet, les études d'Ariens Kappers, de Tilney et Riley retraçant les grandes lignes de l'évolution du système nerveux au cours de la série animale ont permis d'opposer d'une part l'archipallium ou allocortex de Vogt au néopallium ou isocortex, d'autre part le mésencéphale primitif au prosencéphale. Elles montrent en même temps que le rôle prépondérant des superstructures, à mesure que l'on s'élève dans l'échelle zoologique, le remplacement du premier au profit du second. Allant de pair d'une part avec le développement progressif du néopallium et le perfectionnement de sa structure cyto et myélo-architectonique, d'autre part avec l'ascension progressive des centres d'intégration vers le cortex, le néo-intellect qui correspond au plan de la compréhension et de la possibilité d'une adaptation à des situations nouvelles prend le pas sur le paléo-intellect qui correspond au réflexe conditionnel avec pos-

sibilité de dressage. Le terme ultime de cette évolution phylogénique est l'homme.

Les recherches de Minkowski sur la physiologie foetale, celles d'André Barbé sur l'embryologie du système nerveux central de l'homme nous ont montré dans une certaine mesure que l'évolution de l'individu n'est qu'un raccourci de celle de l'espèce. Commencée au cours de la vie embryonnaire, cette évolution se poursuit au cours des premières années de la vie. Comme le montre Wallon, partant du stade d'activité préconsciente ou impulsive, le développement psycho-moteur passe successivement par le stade émotif, puis le stade sensitivo-moteur pour aboutir au stade projectif dont l'étape ultime est celle de la pensée abstraite. Si une cause quelconque vient entraver les progrès de ce développement, elle déterminera une insuffisance du psychisme en provoquant un arrêt de son évolution à un stade plus ou moins avancé. Les observations anatomo-cliniques de Vaschide et Vurpas, Cornil et Bertilon, Jakob, Gamper, Edinger et Fischer à propos des anencéphales, ces êtres qui font le passage entre l'expérimentation et la clinique, viennent à l'appui de cette thèse. Les descriptions classiques de Willis, de Karl Vogt et d'Hammarberg, plus récentes de J.-A. Berry chez les idiots et les arriérés montrent que les lésions qui conditionnent le déficit psychique sont toutes réductibles à des altérations du pallium et qu'elles sont l'effet d'un arrêt du développement normal de l'écorce dans la dernière moitié de la vie foetale.

Donc un des caractères essentiels de ces états d'insuffisance du développement psychique est qu'ils sont acquis dès la naissance ou dès les premières années de la vie. C'est cette considération qui nous a incité à préférer le terme d'oligophrénie à celui

d'arriération mentale, qui semblerait indiquer, contrairement à la réalité, qu'il s'agit d'une régression de l'intelligence chez le sujet.

C'est ce même caractère qui avait conduit les psychiatres du siècle dernier à opposer en nomenclature « les psychopathies-maladies » aux psychoses qui lèsent l'organisme dans son fonctionnement et parmi elles à distinguer encore les infirmités psychiques d'évolution (dégénérescences) aux infirmités d'invololution, les premières résultant de vices d'organisation, les secondes de processus de désorganisation.

Il va de soi que si l'arrêt du développement de l'intelligence peut être variable dans son étendue, qu'il y a des degrés, les transitions des uns aux autres sont insensibles. Il est cependant indispensable d'individualiser des niveaux différents.

Les classifications sont nombreuses, les unes cliniques, les autres anatomo-pathologiques (comme celle de Bourneville), celles-ci s'adaptent peut-être mieux à l'enseignement, mais ce n'est pas le but que nous nous proposons.

Esquirol, d'après les fonctions du langage, distinguait cinq degrés : « Dans le premier degré de l'imbécillité, la parole est libre et facile ; dans le second degré, la parole est moins facile, le vocabulaire plus circonscrit. Dans le premier degré de l'idiotie proprement dite, l'idiot n'a à son usage que les mots, les phrases très courtes ; les idiots du deuxième degré n'articulent que des monosyllabes ou quelques cris ; enfin dans le troisième degré de l'idiotie, il n'y a ni paroles, ni phrases, ni mots, ni monosyllabes. »

Dubois d'Amiens, Spillmann, Belhomme, Greisinger en employant d'autres critères ont plus ou

Voisin et Dagonet, une des plus classiques; elle distingue : 1° L'idiotie complète, absolue, incurable, avec ses deux degrés suivant l'existence ou l'absence de l'instinct de conversation. 2° L'idiotie incomplète susceptible d'amélioration. 3° L'imbécillité avec existence rudimentaire de toutes les facultés intellectuelles, sensibles ou motrices. 4° La débilité mentale caractérisée par la faiblesse ou le défaut d'équilibre des facultés.

Nous pourrions encore citer celles de Bourneville, de Sollier et bien d'autres. Nous ne retiendrons que celle de Wallon, pour qui « l'inaptitude absolue du commerce avec autrui s'appelle idiotie ; des rapports très implés et rudimentaires avec l'entourage caractérisent l'imbécile ; sont-ils seulement d'un âge dépassé par le sujet, il est qualifié d'arriéré ».

La commission Royale Britannique pour l'assistance et la surveillance des faibles d'esprit, d'après le critère social (degré d'aptitude du malade à se protéger et à pourvoir à ses besoins) distingue encore : *Idiot* : Individu qui est incapable de se garder contre les dangers matériels les plus ordinaires (feu du foyer, eau du voisinage de l'habitation) ; *Imbécile* : individu capable de se garder contre les dangers les plus ordinaires, mais incapable de pourvoir à ses besoins ; *Débile* (*feeble-minded*) : individu capable de gagner sa vie dans des circonstances favorables, mais incapable : A) de soutenir sur un pied d'égalité, la compétition des individus normaux ; B) de se diriger lui-même et de diriger ses affaires avec la prudence élémentaire qui s'impose.

Celle de Binet et Simon est peut-être un peu artificielle, et laisse dans l'ombre certains aspects du psychisme des malades. Cependant elle a été adoptée par la plupart des auteurs ; comme nous la prendrons pour base de la classification de nos

arriérés et nous distinguerons : les Idiots dont l'âge mental ne dépasse pas 3 ans, les Imbéciles dont l'âge mental va de 3 à 7 ans, enfin les Débiles dont l'âge mental va de 7 à 10 ans.

Il était indispensable d'indiquer ce que nous considérons sous les diverses rubriques (Idiotie, Imbécillité ou Débilité mentale). Faute d'avoir fait ces rappels, les auteurs parlent souvent sous une terminologie identique d'états bien différents. C'est ainsi que ceux que Brugger considère comme des idiots légers ou comme des imbéciles sont pour nous des imbéciles ou des débiles. D'autre part, des cas de débilité légère allant jusqu'à 14 ans d'âge mental, intégrés par les auteurs allemands dans le cadre de l'oligophrénie, en ont été éliminés dans notre travail parce que trop discutables.

Le nombre considérable des formes cliniques rattachées à ces déficiences mentales en rend le diagnostic parfois délicat. Les unes réalisent des entités morbides bien définies comme l'idiotie amaurotique soit infantile précoce de Tay Sachs, soit tardive de Bielschowsky, soit juvénile de Spielmeyer et Vogt, l'idiotie myxoédémateuse, l'idiotie mongolienne, l'idiotie catatonique de Earl. D'autres résultent de l'association de l'insuffisance mentale à des syndromes neurologiques; les plus fréquents sont : l'épilepsie, la paraplégie spastique de Little, l'athétose, la chorée, l'hémiplégie, les divers syndromes infundibulaires. D'autres encore dérivent de l'association avec des syndromes endocriniens : hypophysaires, thyroïdiens, thymiques (Vogt). L'exagération de certains symptômes chez beaucoup de ces malades qui sont avant tout, principalement dans les degrés supérieurs de l'arriération, des dysharmoniques a encore permis d'individualiser des formes à

part, impulsives, avec perversions instinctives, etc... Une psychose commune, la manie, la mélancolie, les délires hallucinatoires, la paranoïa, peuvent se greffer sur ce fond de débilité et lui donner une teinte particulière sans que celui-ci perde son individualité propre. L'application des conceptions jacksonniennes à la psychiatrie (Ey et Rouart) permet de concevoir des processus de désagrégation psychique même à partir de ces « niveaux » peu élevés et d'expliquer les formes évolutives (Targowla et Lamarque) dont le terme ultime est la démence.

Si le diagnostic positif des oligophrénies est à peu près évident tout au moins dans les formes simples, le diagnostic de degré relativement facile par la méthode des tests, le diagnostic différentiel peut être parfois délicat. Chez l'enfant, il faudra éliminer la démence précocissime, la paralysie générale juvénile, l'arriération scolaire, en rapport avec l'abandon moral, des maladies intercurrentes, des troubles sensoriels ou endocriniens particulièrement les insuffisances surrénales (P.A. et Mlle Chatagnon). Chez l'adulte c'est le diagnostic de tous les états démentiels qui se posent : paralysie générale, démence précoce, tumeurs, traumatismes, etc...

Le rappel de ces nombreuses formes cliniques ou associées n'a été fait que pour mémoire et souligne le polymorphisme des oligophrénies. Il doit nous inciter à ne pas considérer le problème, même sous son aspect étiologique, comme simple et à ne pas nous laisser entraîner, par une extension plus ou moins tendancieuse, vers une explication systématique et quasi univoque.

HERÉDO-SYPHILIS

SON MÉCANISME. SON DIAGNOSTIC CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

La notion d'hérédo-syphilis telle qu'elle est admise aujourd'hui résume en réalité des faits bien différents du point de vue pathogénique. Il est indispensable de les rappeler pour comprendre la diversité de ses signes et la difficulté de son diagnostic. Il y aurait lieu en effet de distinguer, avec Gastou :

- L'hérédité syphilitique.
- La syphilis héréditaire.
- La syphilis congénitale.

L'Hérédité Syphilitique détermine l'ensemble des tares qui résultent d'une lésion du germe, spermatozoïde ou ovule, plus souvent encore des deux à la fois. Comment ne pas admettre en effet qu'une infection aussi grave que la syphilis, par les perturbations diverses qu'elle entraîne dans l'organisme ne retentisse pas sur la qualité de la cellule germinative élaborée par celle-ci. D'ailleurs les observations de Widakowich l'ont nettement établi pour les spermatozoïdes. Au maximum cette action aboutit à une véritable stérilisation ; à un moindre degré, elle permet la procréation de produits imparfaits, déviés du type normal. Comment ne pas admettre aussi que les troubles qu'elle a engendrés chez la mère et qui persistent, même après la phase de septicémie, ne retentissent pas sur le produit de conception. Sans qu'il y ait syphilisation de celui-ci, se constitue ce que l'on appelle depuis Hutinel le terrain hérédo-syphilitique fait de diathèses, de

dystrophies, d'aptitudes morbides spéciales qui ne portent pas toujours la griffe de l'infection causale et qui peuvent se transmettre à la génération suivante. Edmond Fournier lui-même le remarque. « Les dystrophies que réalise l'hérédité syphilitique ont leurs pendants, leurs analogies dans celles que réalisent d'autres hérédités infectieuses ou toxiques (tuberculose, alcoolisme, saturnisme, paludisme, tabagisme, intoxications diverses) sans oublier la consanguinité. Elles doivent être considérées comme des expressions banales et communes des influences héréditaires des plus diverses. Ce sont, somme toute, des stigmates de tare, de dégénérescence héréditaire et rien de plus. » Leur diagnostic étiologique est à peu près impossible quand on n'a pas la notion d'antécédents spécifiques.

La Syphilis Héréditaire est en réalité une maladie acquise de la vie intra-utérine.

En effet, la syphilis exclusivement *ex patre* n'a pas pu être démontrée et n'est plus guère admise aujourd'hui (Piccardi). C'est au plus tôt le sixième mois (Girauld) de la gestation, plus tardivement encore peut-être (Reitschel) que le spirochète de Chauvin passant par la circulation inter-utéro-placentaire (vérification expérimentale de Uhlenhut et Mulzer) est transmis par la mère au produit de conception et détermine chez celui-ci une septicémie spécifique comparable à celle que l'on observe à la période secondaire de la syphilis classique. Le tréponème pâle se répand dans l'organisme en pleine évolution et y détermine des réactions vasculaires et périvasculaires, parenchymateuses ou interstitielles dont les répercussions apparaîtront dans un avenir plus ou moins éloigné. — Si l'infection est vraiment grave, elle détermine la mort du fœtus (avor-

tement de la deuxième moitié de la gestation) ou son explosion précoce (prématuration). Elle peut rester bénigne et même latente, la gestation évoluera plus ou moins normalement. Peu à peu, les altérations se cicatrisent, les réactions se localisent, parallèlement la septicémie disparaît, les spirochètes deviennent rares, mais l'infection n'est pas complètement éteinte, elle est entrée dans sa période tertiaire, et sous des influences diverses, des réveils surprenants, parfois lointains pourront survenir. En tout cas, à la naissance, il n'y aura pas de signes de syphilis virulente ; mais seulement des signes de syphilis dystrophiante : les uns avec des caractères plus ou moins accusés, véritables stigmates, les autres prenant un masque d'emprunt. Elle entraîne tout un cortège de symptômes qui apparaissent dans un ordre chronologique donné et dont la valeur diagnostique, quand on peut les mettre en évidence, est indiscutable. C'est une syphilis d'abord secondaire, puis tertiaire, comparable à celle que l'on observe dans les cas d'infection acquise après l'accouchement.

La Syphilis congénitale représente une forme évolutive spéciale de la syphilis héréditaire. Ici l'infection possède encore toute sa virulence au moment de la naissance. La septicémie est en pleine activité, ou bien comme dans la syphilis héréditaire tardive, après une période de latence plus ou moins prolongée, elle reprend son activité. Si elle n'entraîne pas la mort de l'individu, elle laissera chez lui des cicatrices indélébiles (les stigmates) qui permettront d'en faire un diagnostic rétrospectif.

* Enfin, elle entrera dans sa période tertiaire.

Cette distinction entre la syphilis héréditaire idiopathique (Millian) avec transmission du trépo-

nême lui-même et syphilis héréditaire deutéropathique avec lésions dystrophiantes cicatricielles est bien artificielle. Chez le même hérédo-syphilitique on trouve à la fois des signes d'infection virulente et des signes dysmorphiques, témoin de l'infection in utero. Plus tard, il sera impossible bien souvent de distinguer parmi ces cicatrices « que constituent les différents stigmates » les plus récentes des plus anciennes. D'ailleurs peu nous importe pourvu que l'étiologie puisse être mise en évidence.

*
*

LE DIAGNOSTIC DE L'HEREDOSYPHILIS.

Il repose sur des arguments tirés des antécédents héréditaires et collatéraux de l'histoire du malade lui-même et de son examen clinique et biologique. C'est ainsi qu'Irène Kaufman, chez les 90 débiles qu'elle a examinés, peut établir ce diagnostic : dans 21,5 % des cas par l'amnèse seule, dans 7,5 % des cas par la clinique seule et dans 26,6 % des cas avec le secours de l'une et de l'autre.

A) ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLLATÉRAUX.

— L'enquête familiale doit remonter aussi loin que possible dans l'ascendance du sujet, car la syphilis de seconde génération (Ed. Fournier) ou même de troisième génération, peut encore se traduire par des lésions virulentes.

Quand elle est avouée par les parents ou les grands-parents, la comparaison de la date de l'accident primaire chez ceux-ci avec la date de la naissance de l'enfant permet un diagnostic certain de syphilis héréditaire (syphilis antéconceptionnelle, syphilis conceptionnelle, syphilis post-conceptionnelle). Hochsinger (1910) et Jeans (1913) ont mon-

tré la transmission presque constante de l'infection spécifique du tréponème pâle, pendant toute la période de septicémie et au moment de ses réveils. Le plus souvent, on n'aura pas cet aveu de la part des procréateurs, et il faudra s'efforcer de faire chez eux un diagnostic rétrospectif par la constatation d'autres signes : inégalité pupillaire, hémiplegie précoce, signe d'Argyll, glossite exfoliatrice, abolition de réflexes rotuliens, syphilides pigmentaires du cou chez la femme, signes d'aortite, signes frustes de tabès, leucoplasie linguale. Les données des réactions sérologiques seraient d'une grande valeur, mais les familles s'y prêtent difficilement. Heureusement l'étude des antécédents, des ascendants ou des collatéraux, nous fournit des renseignements importants. On aura pu voir évoluer chez ceux-ci une Paralyse Générale, un tabès, une aortite, un anévrisme, des accidents variés de syphilis cérébrale ou vasculaire ; mais c'est surtout l'histoire de la vie génitale de la mère ou de la grand-mère, qui nous fournira les données les plus importantes. La syphilis héréditaire foetale, on le sait, se traduit surtout outre les avortements répétés, la prématuration, la mortinatalité, la macération, la mort de l'enfant peu après la naissance, par deux signes de valeur : l'hydramnios et l'augmentation du poids du placenta (Pinard et Brodier). Pour Marfan et Wallich, quand le poids du placenta dépasse le sixième du poids de l'enfant, la syphilis est probable : « elle devient certaine, dit Marfan, si le gros placenta présente des lésions de sclérose ou d'hémorragie ».

Même l'absence de tout antécédent ne saurait d'ailleurs permettre d'éliminer ce diagnostic car nous savons qu'il existe des « syphilis acquises ou héréditaires muettes cliniquement et humoralement et cependant contagieuses puisque transmissibles au

conjoint ou à la descendance sous forme de syphilis virulentes, parfois graves puisqu'elles tuent les enfants ou donnent une aortite, un tabès . » (Gougerot).

L'enquête sur les collatéraux sera tout aussi instructive. En effet, ainsi que l'indique Ed. Fournier : « La collatéralité implique la solidarité morbide héréditaire... l'hérédité syphilitique, par cela même qu'elle est dystrophique, se traduit surtout par des signes exclusifs à la lignée descendante, bien plutôt que par des signes « communs avec des descendants ». Raison de plus qui devra inciter l'observateur à examiner aussi la progéniture du malade pour tâcher de retrouver chez elle les signes de l'hérédité qu'il lui aura transmise.

B) ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET EXAMEN CLINIQUE DU MALADE.

L'anamnèse nous permettra, en suivant l'évolution de l'individu, de mettre en évidence les différents symptômes, les différentes malformations que la syphilis aura déterminés chez lui aux différentes étapes de sa vie.

La Syphilis congénitale précoce, traduit l'infection virulente chez le nouveau-né. Elle ne diffère de la syphilis acquise que par l'absence d'accident primitif. Lereboullet, dans une de ses leçons cliniques, vient de faire une revue critique de la question. Pour lui, et il est d'accord sur ce point avec la grande majorité des pédiatres, il y a cinq signes de certitude, les signes fondamentaux de Marfan, le *phemphigus palmoplantaire*, congénital ou apparaissant dans les premières heures, au plus tard à la fin de la première semaine, le *coryza précoce* séropurulent et hématique tenace, apyrétique, accompagné ou non de lésions superficielles de la muqueuse, la

splénomégalie (chez un enfant non vacciné, en dehors de Kala-aza, du paludisme et des suppurations de la peau) apparaissent les deux premiers mois de la vie, sont trop connus pour que nous les décrivions à nouveau. Il en est de même des syphilides, qu'elles se présentent sous l'aspect de la véritable roséole qui apparaît à la fin du premier mois à la face et aux cuisses et évolue en une vingtaine de jours ou de lésions papuleuses plus tardives, surtout localisées aux lèvres et aux commissures, parfois au pourtour de l'anus dont les cicatrices se retrouveront plus tard sous le terme de stigmate de Fournier ou encore de plaques muqueuses beaucoup plus rares. *L'ostéochondrie* soit sous une forme légère (signe de Genaro) soit sous l'aspect de la pseudoparalysie de Parrot, soit encore de la périostite ossifiante de Pehu ou de la périostite ostéoclasante un peu plus tardive qui donne lieu aux fractures spontanées à la même signification.

A côté de ces signes, dits de certitude, il en est d'autres de probabilité, dont la valeur diagnostique est moins grande et plus discutée. Isolés, ils ne sont pas négligeables, et la constatation de plusieurs d'entre eux entraîne souvent une quasi-certitude. Les citer tous, nous obligerait presque à une revue générale de la pathologie du Nourrisson ; certains doivent cependant être discutés.

L'ulcération de l'ombilic au moment de la chute du cordon, les anémies et en particulier celle du type Von Jackson et Luzet, les végétations adénoïdes précoces, l'anorexie, l'hypotrophie chez le nourrisson, correctement alimenté (à la fois en quantité et en qualité, vitamine, etc...) la reprise de poids qui se fait attendre après la chute de poids physio-

logique des premiers jours de la vie sont autant d'indication.

Le Moelena des nouveau-nés, comme d'autres formes d'hémorragies « viscérales ou cutanées » tout en n'étant certainement syphilitiques que dans 50 % des cas doit, pour Lereboullet, retenir l'attention, il est absolument contesté par Vignes qui se base pour le nier sur l'action remarquable de la transfusion du sang maternel total en dehors de tout traitement spécifique.

L'Hydrocèle unilatérale irréductible et persistante, s'accompagnant de l'induration ligneuse du testicule réalisant le sarcocèle classique d'Hutinel, doit orienter le diagnostic dans la même direction pour Marfan, et pour Blechmann qui insiste sur la distinction à faire avec la poussée pubertaire du nouveau-né.

Le rachitisme avant 2 ans, aussi bien sous la forme de craniotabès, a perdu une grande partie de sa valeur depuis le travail de J. Comby, le fantôme du craniotabès. Cependant quand il se manifeste avant 4 mois avec de graves déformations crâniennes, il mérite encore pour certains pédiatres, quelque attention.

L'Hydrocéphalie, congénitale a été rencontrée 32 fois chez 361 enfants hérédo-syphilitiques et Marfan la considère comme presque pathognomonique.

Les organes des sens, sont à cette époque de la vie en pleine évolution et nous en décrirons les séquelles à propos des stigmates. Citons: la kéraïte, la rétinite, la névrite optique, les labyrinthites et la névrite acoustique.

Les convulsions dites idiopathiques de la petite enfance, qu'elles se manifestent sous une forme typique, généralisée (avec phase tonique, puis clonique et, enfin d'obmibilation) ou sous une forme larvée, partielle, ou encore simplement sous l'aspect de spasmes de la glotte ou du diaphragme, ou encore de laryngospasme (Mouriquand et Bertoye), que l'on appelle convulsions internes (Nobécourt) sont parmi les signes les plus discutés et les plus discutables. En effet, Hutinel, Marfan, Heuyer, Bobonneix, Grenet les considèrent comme un signe presque constant d'hérédo-syphilis. Dans les formes dites symptomatiques elles-mêmes, la cause apparente ne serait qu'une sorte d'épine irritative et la cause première resterait encore ici l'hérédo-syphilis. Nobécourt, par contre, déclara : « Sans nier son rôle assez considérable (elles seraient peut-être deux fois plus fréquentes chez les convulsifs que chez les autres enfants), il ne faut pas exagérer l'importance de ce facteur étiologique et le considérer comme prédominant. »

Les lésions cérébro-méningées du nouveau-né, d'une façon générale, ont perdu beaucoup de leur valeur comme signe d'hérédo-syphilis depuis les travaux de Lantuéjoul et surtout depuis la thèse de Robert Waitz. Celui-ci a examiné 93 cas : 51 avec ponction lombaire, 42 avec vérification anatomique. Parmi ceux de la première série, il a pu relever 4 cas de syphilis maternelle, dont 2, traités correctement, non sérologiques et 2 autres sérologiques et non cliniques. Dans la deuxième série, aucune lésion syphilitique n'a pu être décelée au niveau des méninges ou de l'encéphale et il en conclut : « La syphilis joue donc dans l'étiologie des lésions cérébro-méningées, un rôle extrêmement effacé. »

La méningite syphilitique, malgré l'usage qui fait prescrire devant toute méningite tuberculeuse un peu atypique un traitement antisypilitique, est rare. « Le fait qu'une méningite guérit sous l'influence d'un traitement dit d'épreuve, n'est pas un critère suffisant pour préjuger de sa nature syphilitique ; certaines méningites telles que la méningite lymphocytaire curable, les méningites vermineuses, les polyomyélites à forme méningée ont une forme évolutive et spontanée vers la régression » (Liège). De nombreux pédiatres, Comby, Debré, Lesné, la considèrent comme exceptionnelle surtout dans la seconde enfance. Debré, Julien Marie, Me Pichon en ont rapporté un cas chez un nourrisson, il y a quelques années. Sa symptomatologie est peut-être plus encéphalitique que méningée et les paralysies parcellaires associées en rendent encore le tableau clinique plus complexe. L'hérédo-syphilis prédispose-t-elle à la méningite tuberculeuse ? La question est d'autant plus difficile à résoudre que Debré et Julien Marie ont montré qu'il pouvait y avoir association de la méningite tuberculeuse et de la méningite spécifique. Il nous paraît raisonnable de ne pas tenir compte de la notion du syndrome méningé dans les antécédents à moins d'examen spéciaux, comme un argument, en faveur du diagnostic de syphilis héréditaire.

Il va sans dire qu'à côté de ces signes que traduisent des lésions évolutives peuvent coexister des lésions dysmorphiques témoin des processus tératologiques de la période embryonnaire et fœtale et qui persisteront toute la vie. Nous les décrirons à propos des stigmates dont le tableau sera plus complet à la période de la seconde enfance, puisque s'ajouteront aux lésions dont nous venons de parler,

les cicatrices de « secondarisme » de la syphilis congénitale.

Tout ceci contribue à donner au nouveau-né ou au petit hérédo-syphilitique, un faciès spécial, « de petit vieux » comme dit Ed. Fournier. Chacun connaît le portrait tant de fois reproduit du petit syphilitique sous forme d'un « avorton rabougri, atrophié, chétif, débile » au point de ne pouvoir parfois ni téter, ni crier, à voix presque éteinte; à visage offrant l'aspect d'une décrépitude, d'une sénilité lamentable (Ed. Fournier).

L'HÉRÉDO-SYPHILIS VIRULENTE TARDIVE peut apparaître aussi bien au cours de la seconde enfance qu'au cours de l'adolescence, de l'âge adulte ou même de l'âge mûr. Elle peut avoir été précédée d'une période évolutive congénitale, elle le serait toujours pour Carle, elle peut sembler primitive.

Quoiqu'il en soit, elle prend dans tous ces cas, l'aspect de la syphilis tertiaire acquise dont on retrouve les caractères qui lui ont valu son individualité, réaction scléreuse du tissu conjonctif, accompagnant le processus gomeux diffus, localisation limitée des lésions qui sont constructives, nécrosantes, mutilantes. L'étude des cas rapportés par Ed. Fournier est un témoin de son polymorphisme, il n'est pas une des localisations cutanées, osseuses, nerveuses et surtout viscérales qu'on ne puisse rencontrer. Le diagnostic de syphilis héréditaire ne peut être fait qu'à cause de l'âge, des anamnestiques, des stigmates dystrophiques (avec toutes les restrictions que comporte la possibilité d'une infection acquise surajoutée) qui fait la preuve que la maladie n'a pas été contractée directement par le malade lui-même. Cependant, il peut se produire des accidents qui rappellent la syphilis congénitale et plus appa-

rentés à la période secondaire classique qu'à la période tertiaire. Ainsi l'apparition de ces signes de virulence tardive, dans les cas rares où elle se produit, soit par leur constatation, soit par la constatation de leurs séquelles permet de préciser l'étiologie d'agénésies ou de dysgénésies mentales qui était restée longtemps obscure.

LES MANIFESTATIONS DYSTROPHIQUES sont en général au complet au cours ou au décours de la seconde enfance. A celles qui existaient à la naissance, se surajoutent celles qui se sont constituées, à la faveur de l'infection congénitale. Aussi a-t-on fait de la seconde enfance la période des stigmates. Mais qu'est-ce qu'un stigmaté ? « Sous le nom de stigmates de la syphilis congénitale, on peut grouper un ensemble de signes qui ne sont pour la plupart que les reliquats de lésions spécifiques le plus souvent guéries, ayant laissé après elles des cicatrices indélébiles, des dystrophies, des dysfonctionnements organiques. Par opposition, aux signes de la syphilis évolutive, leur caractère est d'être définitif, inaccessible aux traitements et de traduire pendant toute la vie une imprégnation spécifique survenue pendant les premiers mois ou les premières années de l'existence (E. Bertin). Ils se superposent aux monstruosités et aux variations morbides qui, sans avoir rien de spécifique, dénotent des troubles graves au cours du développement dont les causes restent mystérieuses. On a retrouvé souvent la syphilis dans l'ascendance, Ed. Fournier en donne une liste impressionnante : anencéphalies, pseudencéphalies, malformations crâniennes énormes, microcéphalie, méningocélies, ectromélies, hémimélies, (Dupouy, J. Picard et Pichard, Syphilis héréditaire. Paralyse générale, juvénile. Hémimélie chez la sœur), becs

de lièvres, le spina- bifida, les malformations du tube digestif, les syndactylies, le pouce en raquette, les polydactylies doivent d'après certains auteurs être considérés déjà comme des signes de grande probabilité.

Nous étudierons ces stigmates en suivant leur répartition par appareil et en essayant de rechercher au fur et à mesure de leur énumération leur valeur diagnostique.

Stigmates cutanés et muqueux. — Ce sont des cicatrices des syphilitiques du premier âge. Elles ont des caractères propres, en particulier leur forme arrondie. « Le Génie morbide de la syphilis est de faire des lésions rondes » (Ed. Fournier). Beaucoup plus importantes sont les cicatrices péribuccales ou stigmates de Fournier auxquelles nous avons déjà fait allusion à propos du nourrisson. Le masque vitiligineux, dont la relation avec l'hérédo-syphilis a été soutenue par Pierre Marie Crouzon, Foix, a une valeur beaucoup plus douteuse.

Stigmates dentaires. — La dent d'Hutchinson dont l'échancrure semi-lunaire peut disparaître avec l'âge conserve néanmoins trois caractères qui permettent de la reconnaître au cours de l'évolution; le biseau du bord intérieur de l'échancrure, l'aspect en tournevis, la direction convergente vers la ligne médiane. Elle représente peut-être le stigmate le moins contesté. S'associant avec la kératite interstitielle, la surdité, elle constitue la triade d'Hutchinson qui ne laisse aucun doute sur le diagnostic.

La dent de Mozer ou dent en bourse a une valeur moindre quant au tubercule de Carabelli et aux signes de Gaucher ou diastème médian des incisives supérieures. Ce sont des signes dont la valeur n'est pas admise par tous les auteurs. Cependant,

dans un travail récent, Chevallier et Colin redonnent au tubercule de Carabelli une place qu'il avait perdue. Par contre Irène Kaufmann a décrit « une certaine hypoplasie de l'émail » qu'elle a rencontrée dans 70 % des cas chez les enfants débiles mentaux hérédosyphilitiques qu'elle a examinés dans le service du Professeur Ranschburg (Budapest) alors que chez les autres on ne le trouve que dans 16 % des cas.

Apert et Babonneix signalent comme des signes de moindre importance, mais non négligeables les sillons transversaux, les cupules, les taches laiteuses ou l'usure prématurée de l'émail, l'atrophie cuspidienne de la canine, microdontisme, l'irrégularité d'implantation et de l'absence de certaines dents. Dans un rapport, au dernier congrès de stomatologie, Lebourg montre que toutes les dystrophies, quelles qu'elles soient, doivent faire rechercher la syphilis héréditaire, mais que si certaines d'entre elles sont à elles seules assez caractéristiques pour évoquer d'emblée l'idée d'une hérédosyphilis, aucune cependant n'est pathognomonique et que seul leur groupement est un élément important en faveur du diagnostic. Selon que la cause dystrophiante agit à l'époque embryonnaire, à la naissance, dans l'enfance, ou dans l'adolescence, les altérations qui en résultent sont très différentes puisqu'elles portent sur la lame dentaire, sur le follicule ou sur la dent elle-même.

Stigmata osseux, le front olympien, front en balcon (Balkonsteren de Hochsinger), le nez en lorgette, en pied de marmite, en selle, ne sont en général pas discutés. L'hydrocéphalie rencontrée 32 fois chez 361 hérédosyphilitiques par Hochsinger n'est déjà plus admise par tous. Le crâne natiforme

de Parrot, de première importance pour Pehu, n'est pour Comby que la traduction du rachitisme quelle que soit son étiologie. Le même auteur a montré que les pertes de substance de la boîte crânienne, les décalcifications de la maladie de Hand-Schüller-Christian, la dysostose cranio-faciale de Crouzon, l'acro-céphalie, la syndactylie de Apert, la dysostose Cléidocranienne de Pierre Marie, sont autant d'anomalies congénitales qui ne dépendent pas de la syphilis. Malgré leur fréquence dans ces cas, les asymétries cranio-faciales sont banales chez les dégénérés de toute provenance ; au contraire la perforation congénitale du palais (Heuyer) est un signe de première valeur mais relativement peu fréquent. Paddle sur 37 cas de syphilis congénitale certaine ne la trouve que 4 fois.

— Le tibia, « voilà l'os révélateur par excellence de la syphilis héréditaire, tant il constitue pour elle un véritable siège de prédilection » (Ed. Fournier). En effet, le tibia, épaissi, bosselé, en fourreau de sabre (Lannelongue), signe de certitude pour les classiques, s'oppose au tibia aminci et recourbé en lame de sabre qui n'est qu'une manifestation du rachitisme.

— *L'axyphoïdie* mérite une grande attention pour Queyrat. Sézary l'a mise en évidence 7 fois chez 10 hérédo-syphilitiques adultes, cependant il ne manque pas de remarquer qu'elle ne démontre pas l'hérédité spécifique mais pose le problème sans le résoudre. Hamel et Drouet déclarent « on peut en résumé dire que dans 27 cas sur 30 (où ils l'ont rencontrée) il y avait signature spécifique. André Bely la trouve dans 48,6 % des cas où la syphilis est certaine, tandis qu'il ne la rencontre que dans 26,9 % des cas où il n'y a pas le signe certain. Par

contre, Paddle ne la trouve que dans 27 % des cas. La fossette coccygienne mérite d'être considérée comme un élément de quasi-certitude pour Heuyer. Son élève A. Beley la décrit de la façon suivante : « il s'agit d'une dépression plus ou moins profonde, parfois à peine ébauchée, située au niveau de la pointe du coccyx ou du dernier élément vertébral coccygien visible directement tout juste au-dessus du sillon interfessier. Cette dépression peut être étroite et d'aspect punctiforme, elle peut être au contraire plus étalée et ramifiée. Sa coloration va du rose au violacé. La fossette est parfois fistulisée, représentant véritablement un vestige de communication rachidienne avec l'extérieur. » Le même auteur la trouve dans 67,5 % des cas d'hérédosyphilis contre 41,2 % des cas où la dégénérescence reste sans étiologie.

La scapula scaphoïda (omoplate concave) est un élément important du syndrome de Graves. Irène Kaupmann qui a trouvé cette malformation dans 86,8 % des cas où la syphilis des parents a été prouvée, mais, aussi dans 62,1 K des cas où il n'y avait aucun soupçon de cette maladie, ne lui accorde qu'une valeur très faible.

Les ostéites de la table interne du crâne (Léri et Cottenot) se présentant soit sous forme de nodule gommeux, soit sous forme d'hyperostoses, sont d'un diagnostic impossible à faire, sans le secours de la radiographie. Mais ce serait, pour les auteurs qui l'ont décrit un signe de valeur considérable permettant de conclure, même en l'absence de toute autre trouble, de la même façon que si le Wassermann était nettement positif.

— Au niveau des doigts, Dubois, puis Milkows-

ki ont signalé la brièveté de l'auriculaire à une ou deux mains et la déformation du pouce en raquette comme de bons signes qui s'ajoutent à ceux déjà connus comme la polydactylie ou la syndactylie.

Au niveau de la clavicule Migoumenakis cite une déformation qu'il considère comme un signe important la tuméfaction du tiers interne de la clavicule.

Stigmata génito-urinaires : L'hydrocèle irréductible persistante unilatérale ou à prédominance d'un côté n'acquiert de valeur que si elle s'accompagne d'induration et d'augmentation du testicule (Marfan).

L'ectopie testiculaire bilatérale et unilatérale a beaucoup plus d'importance chez l'enfant que chez l'adulte. Paddle la rencontre 15 fois chez 25 garçons dont la syphilis est certaine, soit dans 60 % des cas, tandis qu'il ne la trouve chez 100 garçons du même âge et du même niveau mental que dans 39 % des cas.

L'enuresie nocturne a pour Toporkoff selon Drouet et Hamel une valeur indéniable, mais pour Masquin, ce symptôme serait le plus souvent lié à un complexe psychobiologique résumant à la fois des causes psychiques (mauvaise éducation du sens urinaire, complexes familiaux) et des causes biologiques (déséquilibre neuro végétatif, alcalinité des urines). Pour des psychanalystes ce n'est qu'un syndrome psychogène.

Stigmata oculaires. — L'iritis, l'irido-choroïdite, la chorio-rétinite et plus spécialement encore, la kératite interstitielle d'Hutchinson sont d'une fréquence dans l'hérédo-syphilis, soit qu'ils se manifestent chez l'enfant ou chez l'adolescent sous une forme évolutive, soit qu'on les retrouve

sous forme de reliquats (altération de transparence de la cornée, nephlion, leucome). Le strabisme convergent a été mis en valeur par Alfred Fournier: « le strabisme dit-il (et toujours le strabisme convergent d'après ce que j'ai vu) peut être une conséquence de l'hérédité syphilitique ; il en constitue même une manifestation fréquente ».

La *forte myopie* serait pour Antonelli qui l'a signalée le premier et pour de Lapersonne un signe possible. Depuis le rapport de Dubar au Congrès d'Ophtalmologie de 1935, il a perdu à peu près toute sa valeur diagnostique. D'autres malformations de l'œil ont encore été rapportées à l'hérédo-syphilis. Les plus communes sont pour Antonelli : l'anophtalmie, la microphthalmie, la cyclopie, la dénivellation des yeux, les malformations palpébrales, la cataracte congénitale, l'ectopie du cristallin, etc... Enfin les troubles pupillaires et même la névrite optique traduisent au niveau de l'œil l'atteinte spécifique du système nerveux central.

Si les premiers signes ont une grosse valeur diagnostique et les seconds ne peuvent entraîner qu'une suspicion, il n'en reste pas moins que l'examen de l'œil est un temps capital de l'examen. En effet, Paddle dans 115 cas de syphilis congénitale certaine chez des adultes et des enfants trouve 17 choroïdites, 21 kératites interstitielles, 7 strabismes, 23 iridoplégies. Irène Kaufmann trouve 22 % de troubles oculaires chez les hérédo-syphilitiques contre 6 % chez les enfants, qu'elle a examinés dans le service du Professeur Ranschburg. Enfin, M. le Professeur Mahzar Osman Uzman, dans une statistique faite à l'institut des enfants sourds-muets, aveugles et arriérés à Karchiyaca (Smyrne) et qu'il a eu l'obligeance de nous

communiquer, relève la syphilis dans 10,80 % des antécédents des aveugles.

Les stigmates auriculaires. — Les otites moyennes et surtout internes chroniques de l'enfance et de l'adolescence sont trop banales pour entraîner un tel diagnostic étiologique. La surdité foudroyante si bien caractérisée par Ed. Fournier, la paralysie de la 8^e paire et la surdi-mutité paraissent avoir beaucoup plus d'importance. En effet, Paddle relève chez 78 adultes atteints de syphilis congénitale 16 cas, soit 20 %. D'autre part, Mahzar Osman Uzman, sur 128 sourds-muets, trouve 9 hérédo-syphilitiques. Les neuro-labyrinthites et en particulier une forme atténuée décrite par Reijtöt d'après Irène Kaufmann, serait un signe beaucoup plus important. On la rencontrerait dans 55 % des cas d'hérédo-syphilis et dans 25 % seulement des cas relevant d'autres étiologies.

Stigmates viscéraux. — Ce ne sont que des signes larvés qui doivent éveiller l'attention. Micro-poly-adénopathie, l'adénopathie sus-épitrochléenne ; la débilité rénale de la deuxième enfance ou de l'adolescence (Cassoute et Zucolli) ; les malformations du cœur comme la persistance du trou de Botal ; les délatations des veines péricraniennes (Hutinel). Il n'est probablement pas d'affection viscérale pour laquelle on n'a pas incriminé l'hérédo-syphilis.

Stigmates diathésiques. — Il est incontestable que le tréponème qui se porte sur des organes nobles en voie de formation, tels que le système nerveux végétatif ou les glandes à sécrétion interne, ou les organes de défense contribue à engendrer des prédispositions morbides spéciales, mais on ne peut

attribuer au neuro-arthritique, aux troubles endocriniens, au lymphatisme qui peuvent relever de causes variées, la valeur de manifestation hérédo-syphilitiques.

Stigmates nerveux. — « Toutes les altérations des centres nerveux ne sont pas imputables à l'hérédo-syphilis, mais il n'en est pas qui ne puissent être causées par elle » (Hutinel). Babonneix cite l'hémiplégie et les diplégies infantiles, les syndromes striés, la chorée, l'atrophie de Charcot Marie, la maladie de Thomsen et les myopathies.

En ce qui concerne l'épilepsie, la question est loin d'être résolue. Dans la monographie qu'il vient de publier, Marchand rapporte des statistiques dont les chiffres vont d'une extrême à l'autre : 0,4 (Turner), 4 % (Kräepelin ou Marchand et Bauer) à 60 % (Leredde) et même 70 % (Hutinel). Quant à la maladie de Little, si Babonneix la considère comme propre toujours d'origine hérédo-syphilitique, Brisson et Maillefer dans un travail récent n'ont jamais pu mettre celle-ci en évidence dans les 27 cas étudiés par l'examen clinique et étiologique des sujets et aussi de leurs ascendants.

Stigmates psychiques. — M. le Professeur Laignel-Lavastine a montré la précocité perverse de tels sujets, Millian leur propension au vol impulsif, Ranschburg, Vertes et Irène Kaufmann ont essayé de comparer les capacités intellectuelles particulières des arriérés hérédo-syphilitiques à celles des arriérés de même niveau mais d'autre origine. Pour eux, les acquisitions scolaires seraient moins rapides chez les premiers, en outre ils présenteraient des troubles plus fréquents de la mémoire auditive et de la mémoire des mots. Enfin ils se montreraient plus mauvais liseurs au tachystoscope. Par

contre, leurs facultés de fixation et de calculs seraient à peu près les mêmes. Ces données, pour intéressantes qu'elles soient, ne peuvent être qu'un argument de plus pour un diagnostic déjà établi de façon à peu près certaine. Il n'en est pas de même des troubles mentaux de la paralysie générale juvénile quand ils viennent se surajouter au fond de débilité mentale plus ou moins profonde.

Il résulte de tout ceci que les divers stigmates sont loin d'avoir une valeur pratique rigoureuse et que beaucoup d'entre eux sont discutés. Ce n'est que par leur groupement en véritables syndromes comme ceux de Graves et de Fournier, la triade d'Hutchinson qu'on arrivera à faire le diagnostic.

C) EXAMEN BIOLOGIQUE.

C'est le seul qui compte pour beaucoup d'auteurs anglais ou allemands et encore pour ces derniers n'est-il pas toujours probant. Quoiqu'il en soit, il représente un temps capital dans l'établissement du diagnostic d'hérédosyphilis : positif, il a une valeur absolue, négatif, il ne permet pas d'éliminer le diagnostic. En effet, la plupart des auteurs sont d'accord pour affirmer que les réactions spécifiques s'atténuent avec la virulence de l'infection ou ce qui revient souvent au même avec l'âge des malades. C'est ainsi que Dean a trouvé la réaction de Wassermann positive dans le sang des hérédosyphilitiques dans 21,3 % des cas au cours de la première année, dans 16 % entre 11 et 15 ans. Enfin dans 6,5 % entre 15 et 20 ans, et il considère que la réaction est négative de façon à peu près constante à partir de 16 ans. D'un autre côté, Jeans et Schwab (d'après Ströhmayer) ayant étudié 470 L.

C.R. d'hérédo-syphilitiques, n'ont trouvé chez 206 enfants au-dessous de 2 ans que 137 réactions négatives et 202 réactions négatives également chez 269 malades de plus de 2 ans. Plaut et Goering n'ont trouvé que 30 % de réaction positive chez 136 enfants issus de 54 familles de paralytiques généraux. D'ailleurs, des cas comme celui qu'ont rapporté au Congrès d'Alger MM. Marchand, Vignaud et Picard de méningite chronique spécifique et d'encéphalite diffuse avec des réactions humorales constamment négatives au cours de l'évolution, pour exceptionnels qu'ils soient, n'en montrent pas moins que les réactions biologiques ne sont pas indispensables pour affirmer le diagnostic d'une syphilis nerveuse même acquise. Ces faits doivent nous inciter à ne pas négliger les réactions partielles « liminaires » (Dublineau) dissociées dont les résultats doivent être considérés comme des symptômes autonomes, de véritables stigmates biologiques, dont la valeur n'est pas absolue s'ils sont isolés, mais qui, rapprochés d'autres renseignements, peuvent permettre de fixer le diagnostic (Drouet et Hamel). Ces auteurs conseillent de multiplier les réactions (Wassermann, Jacobstal, Hehcht, Meinicke) remarquons à ce propos que pour Paddle, cette dernière serait chez l'adulte plus sensible que celle de Wassermann. Celle de Desmoulières a été rejetée par un certain nombre d'auteurs comme trop sensible. Nous avons montré dans la première partie de ce travail l'importance extrêmement banale de l'incidence des réactions positives dans le sérum sanguin et nous ne saurions y revenir ici sans nous répéter. Dans le liquide céphalo-rachidien les chiffres sont aussi différents suivant les auteurs : 3 % pour Liebers et Mars (1924), 23.9 % pour Paddle chez les hérédo-syphilitiques.

L'hyper albuminose était déjà considérée par

Bloch et Verne comme un signe rétrospectif de syphilis héréditaire. M. le Professeur Laignel-Lavastine a montré toute l'importance qu'il fallait attribuer à l'albuminorachie quand elle dépasse 0,25-0,30 0/00 : elle traduit toujours une inflammation méningée, surtout quand elle s'accompagne d'une réaction cellulaire. Mais bien des infections sont susceptibles de se traduire également par une albuminose résiduelle importante et durable et sa constatation isolée perd de ce fait toute valeur diagnostique.

L'hypertension du L.C.R. se rencontrerait dans un tiers des cas d'hérédo-syphilis précoce, pour M. le Professeur Claude. Elle perd beaucoup de sa valeur chez ces malades, souvent pusillanimes, qui se contractent et qui font des efforts pour se libérer.

L'hyper lymphocytose (au-dessus de 1 par mm³) traduit une infection chronique des méninges le plus souvent syphilitique, parfois tuberculeuse, exceptionnellement saturnienne ; pour M. le Professeur Clovis Vincent, elle serait un signe de tumeur cérébrale. On ne peut donc lui attribuer une grosse valeur.

La réaction du Benjoin colloïdal associée ou non à la réaction de Bordet-Wassermann, accompagnant la lymphocytose, permet des conclusions qui sont classiques : extension à gauche, syphilis probable, extension à droite, réaction méningée. Actuellement on a tendance à considérer l'extension à droite comme le témoin de l'hyper albuminose, et par conséquent d'une inflammation chronique ou comme séquelle d'une inflammation aiguë des méninges sans qu'il soit permis de lui attribuer une origine précise.

En conclusion, l'ensemble des faits rapportés

dans ce chapitre nous montre l'extrême difficulté du diagnostic vraiment certain de l'hérédo-syphilis quand on n'a pas la notion de l'accident primaire. C'était l'opinion de Janselme, et malgré le nombre toujours croissant des signes dits de certitude ou de probabilité décrits par les auteurs, ce problème diagnostique pourtant capital est loin d'être résolu. Il ne pourra l'être que lorsqu'on aura établi une statistique rigoureuse et en partie double, c'est-à-dire s'adressant d'une part à un grand nombre d'enfants syphilitiques certains et d'autre part un grand nombre d'enfants de non-syphilitiques certains. Ce n'est que lorsque ces recherches généalogiques par la méthode antérograde auront été suivies pendant plusieurs lustres sur des familles tarées et sur des familles saines, comme le préconise Henri Ey, que l'on pourra fixer ou essayer de fixer le mécanisme encore bien obscur de l'hérédité quelle que soit sa nature et d'énumérer les signes qui permettront de la rattacher à telle ou telle cause.

OBSERVATIONS

Les cent observations qui ont servi de base à notre travail sont celles des 76 oligophrènes de Serce des hommes de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval et de 24 malades du même groupe nosologique prises au hasard dans le service des femmes. Nous avons procédé ainsi, pour éviter un choix qui aurait pu paraître tendancieux.

D'une façon générale, nous n'avons négligé aucun des éléments qui étaient susceptibles d'orienter notre diagnostic. Pour les antécédents, outre les renseignements qui étaient déjà notés aux dossiers, ou sur les rapports des médecins experts chargés d'examiner les délinquants, nous avons procédé à une enquête auprès des familles elles-mêmes. Les réponses à la fiche sur laquelle nous posions des questions précises en même temps qu'elles nous ont apporté des données souvent intéressantes sur l'histoire des malades, de son ascendance et quelquefois de sa descendance, nous ont donné un aperçu du niveau mental des familles réalisant un véritable test. Dans les cas où le moindre soupçon avait attiré l'attention de ce côté, nous les avons convoqués et nous avons procédé à un examen mental et même parfois physique et biologique (B.W.) quand la chose a été possible.

Il va sans dire que nous avons procédé de même avec toutes celles qui sont venues visiter leur parent, comme nous avons coutume de le faire ici.

Nous avons demandé à chacune de nous indiquer son « médecin de famille », espèce hélas trop rare aujourd'hui ; quelques-uns de nos confrères nous ont aidé de façon vraiment aimable, qu'ils en soient remerciés ici.

En ce qui concerne l'examen proprement dit, nous nous sommes efforcés de rechercher ces stigmates dont nous avons discuté la valeur au début de ce travail ; mais nous n'avons négligé aucun des signes qui pouvaient orienter notre diagnostic dans un autre sens que celui de l'hérédo-syphilis. Presque toutes nos observations comportent un examen biologique du sang et du liquide céphalo-rachidien (Wassermann, Meinicke, Leucocytose, Albuminose, benjoin colloïdal).

L'exposé de chaque cas sera très schématique (1), nous ne rapporterons qu'un résumé de l'observation que nous avons établie, en précisant seulement, avec le diagnostic clinique, les points susceptibles de permettre un diagnostic étiologique.

Ces cent observations ont été réparties en trois groupes, d'après le degré de l'arriération et l'intérieur de ceux-ci d'après l'étiologie.

Pour la classification de ces divers degrés, nous avons eu recours aux tests de Binet-Simon et à l'échelle métrique employée par ces auteurs. Pour ceux dont l'âge mental est inférieur à 3 ans, nous avons utilisé les tests de Kuhlmann. Enfin pour examiner

(1) Les abréviations admises par tous les auteurs ont été employées ainsi : B.S. pour tests de Binet-Simon ; Kuhlmann pour tests de Kuhlmann ; Herderschee pour tests de Herderschee ; Wassermann, pour réaction de Bordet-Wassermann ; L.C.R. pour liquide céphalo-rachidien ; Alb. pour Albuminose ; Leuco pour leucocytose.

nos quelques sourds et muets en même temps que ces deux méthodes nous avons appliqué dans la mesure du possible celle de Herderschee.

A. — GROUPE DES IDIOTS

1. — D'origine hérédo-syphilitique certaine

Obs. 14. — C. Georges, 20 ans, interné à 19 ans, idiotie congénitale au-dessous de 2 ans (Kuhlmann B.S.). *Antécédents Héréditaires* : Grands-parents paternels décédés vers 70 ans d'ictus. Grand-père présentant des signes d'involution sénile. Père décédé d'ictus. Age des procréateurs : 46 et 42 ans. b) *Collatéraux* : 10 frères et sœurs, ses aînés, bien portants. c) *Personnels* : Séjours infructueux dans des maisons d'éducation pour anormaux. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Crâne aplati dans le sens transversal, arcade sourcillières saillantes, facies bestial, voûte palatine ogivale. Signe de Gaucher. Microdontisme. Erosion semi-circulaire d'une incisive médiane. Hyperéfectivité tendineuse. Babinski surtout net à droite. Pupilles mydriatiques égales ne réagissant ni à la lumière ni à l'accommodation. *Signes biologiques* : Sang, Wassermann Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 1.80 ; Leuco : 4,5. Benjoin 00000. 22221. 11000. Pandy, Wassermann : négatifs. Meinicke : positif.

Obs. 97. — L. Louis, 30 ans. Idiotie congénitale. Age mental (B.S. Herdeschee : 2 ans environ). *Antécédents* (?). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Malformations grossières. Asymétrie (côté droit plus développé que le gauche). Facies bestial. Voûte palatine très ogivale. Cryptorchidie. Adiadococinésie. Dymétrie. Mouvements intentionnels des extrémités. Spasmes de torsion. Hyperéfectivité ostéo-tendineuse. Babinski bilatéral, surtout marqué à gauche. Mutité. *Signes biologiques* : Sang : Meinicke négatif, Wasserman positif. L.C.R. : Alb. 0,28, Leuco 1. Benjoin 00000. 22111, 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

2. — D'origine hérédo-syphilitique probable

Obs. 27. — F. Yves, 17 ans. Idiotie congénitale. Vie purement végétative. Age mental (Kuhlmann, 2 ans). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : grands-parents morts d'angine de poi-

trine. Parents domestiques de culture. 1 oncle maternel épileptique. b) *Collatéraux* : 2 sœurs aînées bien portantes, 1 frère cadet idiot, 1 sœur cadette normale. c) *Personnels* : accouchement prématuré (1 mois) marche à 3 ans. A 16 mois, syndrome méningé. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type longiligne, membres grêles, facies adénoïdien, voûte palatine ogivale (neurotique de Clouston), signe de Gaucher. Dent d'Hutchinson. Axiphoïdie. Thorax en entonnoir, fossette coccygienne très nette. Gros testicules indurés. Microcaulie. Enurésie nocturne. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50. Leuco, 3. Benjoin : 00000. 22221. 00000. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs.

Obs. 54. — M. Robert, 9 ans, idiotie congénitale incomplète. Age mental (Kuhlmann) 2 ans 1/2. Interné à 4 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* (p) (Enfant naturel). b) *Personnels* : Viendrait d'un service de dermatosyphiligraphie. Paraplégie. Type Little. Marche à 4 ans 1/2. Amélioration légère par traitement spécifique. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Kinésies de jeu (Bonnafoys-Sérieux et Ey). Hyperéfectivité ostéo-tendineuse. Cryptorchidie doubles. Signe de Gaucher. Front olympien, nez en selle. Thorax en entonnoir. Réflexes photomoteurs difficiles à mettre en évidence. *Signes Biologiques* (actuels) : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,15, Leuco, 1. Benjoin 00000. 00200. 00000. Pandy. Wassermann Meinicke négatifs.

3. — D'origine Infectieuse

Obs. 105. — J. Jeannine, 8 ans. Idiotie précoce incomplète avec troubles électifs de l'effectivité et de l'humeur. Age mental (B.S. Kuhlmann) 2 ans à peine. Internée à 5 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Du côté maternel, 9 enfants sur 8 vivants et sains ; du côté maternel, 15 frères et sœurs bien normaux. b) *Collatéraux* : 1 avortement. 3 autres enfants bien portants. c) *Personnels* : Première dent à 7 mois. Marche à 15 mois. A 2 ans, affection pulmonaire grave, à partir de laquelle l'enfant serait devenue anormale. Corpulence d'un enfant de 5 ans. Dents crénelées. Implantation vicieuse. Syndrome strié hyperkinétique léger. Gâtisme. *Signes Biologiques* : L.C.R. : Alb. 0,10, Leuco, 0,2. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs. Sang, Meinicke, Wassermann négatifs.

4. D'origine héréditaire (Hérédité psychopathique)

Obs. 45. — L. Albert, 39 ans. Idiotie congénitale profonde. Age mental (Kuhlmann) au-dessous de 2 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père très débile et déséquilibré, mère débile. b) *Collatéraux* : 1 oncle maternel débile mental, 1 frère déséquilibré. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie faciale, mydriase. Luxation congénitale de la hanche. Raccourcissement considérable du membre inférieur gauche. Malformations sacrées et lombaires. Crises d'épilepsie. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,28, Leuco, 1,6. Benjoin 01100. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 92. — M. Ambroisine, 53 ans. Idiotie congénitale. Age mental (B.S. et Kuhlmann) 2 ans 1/2. Internée à 44 ans pour perversions sexuelles et troubles du comportement exagérés par l'alcoolisme. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Mère idiote, Père (?). b) *Collatéraux* : Frère imbécile profond suicidé. c) *Personnels* : 0. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Facies piriforme de dégénéré. Vice d'implantation des dents. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 0,6. Benjoin 00000. 22211. 00000. Wassermann, Meinicke, Pandy négatifs.

Obs. 22. — D. Jean, 15 ans. Idiotie congénitale incomplète avec crises de colère fréquentes. Age mental (Kuhlmann) 2 ans. Interné à 6 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Fils naturel, mère idiote. b) *Collatéraux* : Frère idiot mort de tuberculose pulmonaire. c) *Personnels* (?). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Paraplégie spasmodique du type Little. Hyperéfectivité ostéo-tendineuse. Tendance aux spasmes cloniques. Kinésies de jéu. Anisocorie. Acrocyanose des extrémités. Pieds bots. Traits fins et réguliers. *Signes Biologiques* : Sang : Meinicke, Wassermann négatifs. L.C.R. : Alb. 0,15, Leuco, -p. Benjoin 00000. 00020. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 33. — G. Roland, 11 ans. Idiotie incomplète. Internement à 7 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : illettrés, débiles mentaux. b) *Collatéraux* : 3 frères et sœurs bien portants, 1 cousin anormal. c) *Personnels* : Marche à 22 mois.

Langage 3-4 ans. A 15 mois, chutes sur la tête. A 2 ans, grippe. Enurésie jusqu'à 5-6 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Syndrome moteur choréathétosique. Hyperkinésie désordonnée. Taille : 1 m. 30. Hydrocéphalie. Axiphoïdie, dents crénelées. Réflexes vifs. Hypertrophie de la dernière pièce sacrée. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,15, Leuco, 1. Benjoin 00000. 12100. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 101. — M. Alberte, décédée à 67 ans. Idiotie congénitale. Internée à 30 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : une tante aliénée. b) *Personnels* : illétrée. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Scaphocéphalie légère. Circonférence au crâne : 54 cm. Syndrome Wilsonien. Cyphose lombaire. Gâtisme. *Signes biologiques* : L.C.R. : Alb. 0,10, Leuco, 0,2. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 10. — C. Maurice, 31 ans. Idiotie. Age mental au-dessous de 3 ans (B.S.). Internement à 26 ans à l'occasion d'une bouffée d'excitation (a menacé de son couteau le maire de sa commune). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Côté paternel : 0 ; côté maternel, débilité mentale profonde. 2 jumeaux, 2 cousins arriérés sur 6. b) *Collatéraux* : 2 frères et 1 sœur bien portants. 1 mort de convulsions en bas âge. c) *Personnels* : a marché à 18 mois. N'a rien fait à l'école. Début apparent vers 8-10 ans par nervosisme et tremblement. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microcéphalie, implantation basse des cheveux, strabisme convergent, voûte ogivale, blésité. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,20, Leuco, 0,2. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann et Meinicke négatifs.

Obs. 31. — G. Joseph, 34 ans. Idiotie. Vie végétative et instinctive. Age mental (B.S. et Kuhlmann : 2 ans à peine). Interné à 16 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : parents alcooliques, misère physiologique. 1 oncle idiot décédé à l'Asile. b) *Collatéraux* : 1 frère idiot (obs. 32). c) *Personnels* : néant. *Signes Physiques et Fonctionnels*. — Type longiligne. Asymétrie faciale. Oreilles mal ourlées, en anse. Microdontie. Voûte palatine très ogivale. Proéminence de la dernière pièce sacrée. Appendice xiphoïde très petit. Réflexes vifs à gauche. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,45, Leuco, 1. Benjoin : 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

5. — *D'origine indéterminée*

Obs. 76. — S. Jean, 24 ans. Idiotie. Langage inarticulé. Crises de colère. Vie purement instinctive et impulsive (Interné à 7 ans à Bicêtre). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : père décédé de tuberculose pulmonaire, mère bien portante. Grand'mère morte d'ictus apoplectique. b) *Collatéraux* : o. c) *Personnels* : Première dent à 7 mois. Marche à 11 mois. Dès 3 ans, nervosité, instabilité. Précocité perverse et brutalité. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Crises d'épilepsie (10 par mois). Arcades sourcillières saillantes. Hyperéfectivité tendineuse, tremblement épileptoïde du pied à la recherche du réflexe patellaire. Voûte ogivale très haute. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco, 1,6. Benjoin 00000. 02200. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 83. — Odette, 17 ans. Idiotie congénitale incomplète avec excitation psychomotrice. Age mental (Kuhlmann) 2 ans. Internée à 7 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : o. b) *Collatéraux* : Frère bien portant. c) *Personnels* : Convulsion 5 à 18 mois, « crises nerveuses » jusqu'à 3 ans. Mensuration à 12 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Hyperéfectivité ostéo-tendineuse, kinésies de jeu, axiphoidie. Taille d'enfants de 12 ans. Babinski inconstant. Longue persévération des réflexes de posture. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,45, Leuco, 1,4. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann négatifs. Traitement arsenical inefficace.

Obs. 36. — G. Marcel, 51 ans. Idiotie congénitale. Age mental (Kuhlmann) 18 mois. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : ? b) *Collatéraux* : 1 frère, son cadet de 4 ans, idiot, décédé à l'Asile. 1 sœur bien portante. 1 frère jumeau. c) *Personnels* : délicat à élever. N'a jamais rien su comprendre, ni apprendre. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Constitution robuste. Oxycéphalie. Testicules énormes et durs. Épilepsie (5 crises par mois). *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,45, Leuco, 1,5. Benjoin 00100. 22211. 10000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 52. — M. Paul, 25 ans. Idiotie congénitale incomplète. Age mental (Kuhlmann) au-dessous de 2 ans. *Antécédents* : (?) Pupille de l'Assistance Publique. *Signes Physiques*

et Fonctionnels : Type athlétique. Asymétrie faciale légère. Axiphoïdie. Cécité (qui serait due aux coups de poings qu'il se donne sur le yeux) Blésité. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,20, Leuco, 0,8. Benjoin 0000. 22122. 00000. Wassermann, Pandy, Meinicke négatifs.

Obs. 70. — R. Jacques, 9 ans. Idiotie complète et congénitale. Age mental (Kuhlmann) 2 ans. Hospitalisé à 5 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : 0. b) *Collatéraux* : 1 cousine internée pour psychose puerpérale. 5 frères et sœurs bien portants et normaux. c) *Personnels* : 0. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Hypotrophie (structure d'un enfant de 4 ans à peine) membres grêles. Front olympien. Circulation veineuse frontale et temporale très marquée. Voûte ogivale haute. Erosion des dents. Dents crénelées. Signe de Gaucher. Axiphoïdie. Cryptorchidie. Syndrome choréo athétosique. Paraplégie. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,22, Leuco, 0. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 71. — R. Jean, 32 ans. Idiotie congénitale, turbulence, âge mental, comportement instinctif (Herderschée, Kuhlmann) au-dessous de 2 ans. Internement à 12 ans. *Antécédents Héréditaires et Personnels* (?). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Surdi-mutité. Type longiligne. Membres grêles. Hydrocéphalie légère. Calvitie précoce. Oreilles de Morel, décollées en anse. Hyperéfectivité tendineuse. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,40, Luco, 0,6. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 98. — C. Emile, 48 ans. Idiotie complète (ne réussit pas les tests de 2 ans de Kuhlmann). Interné à 10 ans pour violences envers ses frères et les animaux. *Antécédents* : a) *Héréditaires, Collatéraux* (?). b) *Personnels* : convulsions infantiles. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microcéphalie (circonférence 51 ans). Implantation basse des cheveux. Malformation du rachis. Reflexes vifs. Gâtisme complet. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,25, Leuco, 2,2. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 45. — L. André, 15 ans. Idiotie congénitale. Internement à 8 ans. Age mental (B.S. Kuhlmann) 2 ans $1/2$. *Antécédents* : *Héréditaires et Personnels* (?). Pupille de l'Assistance Publique. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Taille d'un enfant de 7 ans. Axiphoïdie. Lèvres épaisses. Signe de Gaucher. Dents crénelées avec des sillons jaunâtres transversaux. *Signes Biologiques* : Sang (?). L.C.R. : Alb. 1, Leuco, 1,4. Benjoin 00000. 02220, 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

B. — GROUPE DES IMBÉCILES

1. — D'origine hérédo-syphilitique certaine

Obs. 9. — B. Aug., 14 ans. Internement à 5 ans. Age mental 4 ans environ (Herderschee, B.S.). Imbécillité profonde. Turbulence. Agitation. *Antécédents* : *Héréditaires* (?). *Collatéraux* : 1 sœur imbécile (Obs. 79). *Personnels* : Traitement hydrargirique. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microphthalmie. Écartement exagéré des yeux. Pupille en mydriase. Perforation large du palais. Implantation irrégulière des dents (1 en dehors de l'arcade dentaire). Fossette coccygienne. Axiphoïdie. Scoliose légère de la colonne cervicale. Réflexes vifs et polycinétiques. Spasmes de torsion. Mutité. *Signes Biologiques* (Deux séries de sulfarsénol ont été faites en 1934) : Sang : Wassermann positif, Meinicke négatif. L. C.R. : Alb. 0,55, Leuco, 1,6. Benjoin 00000. 22211. 00000. Meinicke et Wassermann négatifs.

Obs. 79. — L. Marcelle, 22 ans, Imbécillité congénitale avec instabilité et turbulence. Internement à 11 ans. Age mental (B.S.) 6 ans $1/2$. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Fille naturelle. b) *Collatéraux* : Frère imbécile profond (Obs. 9). c) *Personnels* : Traitement spécifique à 3 ans (Hérédo-syphilitique). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Front un peu proéminent. Microphthalmie, Fossette coccygienne. *Signes Biologiques* : L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 1,4. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs. Sang : Wassermann positif, Meinicke négatif.

Obs. 7. — B. Raoul, 39 ans. Imbécillité profonde congénitale. Age mental (B.S.) 5 ans. Internement à 13 ans pour réactions agressives consécutives aux crises d'épilepsie. An-

técédents : a) *Héréditaires* : cécité paternelle. Mère (?) b) *Collatéraux* (?) c) *Personnels* : anormal depuis toujours, épilepsie depuis l'âge de 11 ans. Illettré. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Taille 1 m. 45. Microcéphalie. Platicéphalie. Oreille de Morel. Contraction du vaste extrême par excitation de la région plantaire surtout à gauche. Crises d'épilepsie (12 par mois). *Signes Biologiques* : Sang : Wasserman positif ; Meinicke négatif. L.C.R. : Alb. 0,70, Leuco, 1,8. Benjoin 11221. 12211.00000. Pandey, Wassermann et Meinicke négatifs.

Obs. 86. — L. Georgette, 34 ans. Imbécillité congénitale profonde avec instabilité motrice. Age mental (B.S.) 4 ans 1/2. Internée à 19 ans pour perversions instinctives et réactions agressives. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : o. b) *Collatéraux* : 4 frères anormaux sur 7 frères et sœurs ; c) *Personnels* : A 3 ans, traumatisme cranien grave. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie cranio-faciale, front olympien (en balcon). Strabisme externe à gauche. Signe de Gaucher, écartement de toutes les dents de la mâchoire inférieure. Microdontie. Déformations des canines. Lobules adhérents. Onanisme continu. Enurésie nocturne. *Signes Biologiques* : Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandey, Wassermann Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, négatif. Meinicke positif.

2. — D'origine Infectieuse

Obs. 28. — F. Césaire, 70 ans (Interné à 62 ans). Imbécillité profonde. Age mental (B.S.) 4 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père (?) Mère : Fièvre typhoïde au cours de la grossesse. b) *Collatéraux* : 7 frères et sœurs dont 4 sont morts. c) *Personnels* : o. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Surdité presque absolue, facies de brute, prognathisme, microcaulie (verge de 2 à 3 ans), déformation de l'auriculaire droit. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,40, Leuco, 1. Benjoin 00000. 22222. 10000. Pandey, Wassermann et Meinicke négatifs.

Obs. 78. — B. Germaine, 36 ans, imbécillité profonde acquise vers l'âge de 2 ans. Age mental (B.S.) 3 ans 1/2. *Antécédents* : a) *Héréditaires* (?) b) *Collatéraux* : o. c) *Personnels* : Fièvre typhoïde à 28 mois avec réactions ménagées. Depuis, céphalées et troubles du développement intel-

lectuel et physique. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Syndrome adiposogénital. 1 m. 43, 70 kgs. Aucune malformation. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 1,8. Benjoin 00100. 22210. 00000. Wassermann, Pandy, Meinicke négatifs.

Obs. 8. — B. Albert, 35 ans. Imbécillité avec libérations instinctives. Equivalents comitiaux surajoutés. Age mental (B.S.) 8 ans. Internement à 31 ans pour exhibitionnisme, tentative de viol. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père épileptique (1 crise par mois), mère morte à 42 ans de cancer de l'estomac. b) *Collatéraux* : 1 frère et 1 sœur bien portants. c) *Personnels* : début des troubles à 8 ans. Fièvre typhoïde à 8 ans avec réactions méningo-encéphalitiques marquées et prolongées (9 jours) séquelles : céphalées, changements dans le comportement et troubles du caractère. Masturbation effrénée depuis l'âge de 14 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Voûte palatine ogivale, malformations bucco-pharyngées, blésite, oreilles mal ourlées. *Signes Biologiques*. Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,55, Leuco, 1,6. Benjoin 00100. 22222. 00000. Pandy, Wassermann et Meinicke négatifs.

Obs. 20. — D. Paul, 49 ans. Entré à Bicêtre à 18 ans. Imbécillité. Age mental (B.S.) 7 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grands-parents morts de vieillesse entre 70 et 94 ans. Père alcoolique, s'est suicidé à 60 ans. b) *Collatéraux* : 1 sœur morte du croup à 4 ans, 1 sœur bien portante. c) *Personnels* : normal jusqu'à 8 ans. A 8 ans rougeole avec réactions encéphaliques. Depuis, arrêt du développement intellectuel, impossibilité d'étudier. A 23 ans, scarlatine. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microphthalmie, abolition du réflexe photomoteur. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 0. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

4. — D'origine Traumatique

Obs. 24. — D. Bernard, 25 ans. Imbécillité. Age mental (B.S.), 8 ans 1/2. Internement à 14 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : grand-père mort paralysé à 52 ans. Père, mère, o. b) *Personnels* : Traumatisme crânien à 5 ans avec modifications profondes du comportement et arrêt du développement intellectuel. Rougeole. Illettré. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Hyperostose occipitale considérable, front olympien, hydrocéphale légère, malformations de la conque de l'oreille. Si-

gnes Biologiques : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,18, Leuco, 0,4. Benjoin 00000. 02110. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 99. — D. Marcel, décédé à 37 ans. Imbécillité et épilepsie psychique. Début des troubles à 3 ou 4 ans. Internement à 23 ans pour des crises de fureur épileptique. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand-père maternel : cancer du cerveau. Mère décédée à 43 ans de maladie de cœur (P). b) *Collatéraux* : 1 frère débile tué à la guerre, 4 frères et sœurs normaux (Certificat d'Etudes primaires), 1 frère décédé de ménin-gite tuberculeuse. c) *Personnels* : marche à 15 mois. A 3-4 ans, traumatisme cranien grave (commotion, hémiparésie et hémianesthésie droite), arrêt complet du développement intellectuel. Aucune acquisition scolaire. A 12 ans, « absences » puis crises épileptiques psychomotrices de plus en plus violentes. Mort subite au cours d'une crise. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Myosis. Hyperéfectivité. Atrophie optique partielle à droite. Asymétrie faciale. Nombreuses cicatrices des traumatismes produits au cours des crises. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann négatif. (1924). *Vérification anatomique* : Atrophie de l'hémisphère gauche, surtout du lobe pariétal. Aucune des lésions classiques de la syphilis n'a pu être mise en évidence microscopiquement (Ajuriaguerra) mais des modifications vasculaires importantes avec des foyers de ramollissement.

Obs. 46. — L. Robert, 34 ans. Imbécillité congénitale. Age mental (B.S.) 6 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : b, Fils naturel. b) *Collatéraux* : 2 frères bien portants, d'intelligence normale. c) *Personnels* : La mère a fait une chute de plusieurs mètres de haut pendant la grossesse. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type longiligne. Membres grêles. Asymétrie cranio-faciale. Microphthalmie. Obstruction nasale. Voix nasonnée à peu près incompréhensible. Nez aplati, voûte palatine ogivale. Signe de Gauchér très prononcé. Axiphoïdie. Fossette coccy-gienne très nette et fistulisée. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. Alb. 0,20, Leuco, 1,8. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

5. — D'origine Hérédo-alcoolique

Obs. 35. — G. Emile, 56 ans. Imbécillité. Age mental (B.S.) 5 ans 1/2. Dès l'âge de 4 ans montre la faiblesse de ses

facultés intellectuelles. Interné à 51 ans pour réactions médico-légales : mendicité, violences, outrages publics à la pudeur (non-lieu). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père gros éthylique, troubles psychiques après un traumatisme cranien. Suicide. Mère morte à 59 ans d'une affection hépatique. b) *Collatéraux* : 7 frères et sœurs bien portants, c) *Personnels* : o. *Signes Physiques et Fonctionnels* : blésité. Petite taille. Sacralisation lombaire. Asymétrie cranienne. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,28, Leuco, 0,2. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann et Meinicke négatifs.

Obs. 36. — F. Gaston, 61 ans. Imbécillité. Age mental (B.S.) 6 ans 1/2. Interné à 41 ans pour tendance aux fugues et pyromanie. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort à 70 ans, alcoolique de longue date et profondément intoxiqué. Mère morte à 60 ans (cécité à 40 ans). b) *Collatéraux* : 1 frère mort de cancer de l'estomac vers 40 ans, 1 frère et 2 sœurs morts en bas âge. c) *Personnels* : (p). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie faciale très accusée. Platicéphalie. Nez très grand, aplati comme au laminoin, voûte palatine très ogivale. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L. C. R. : Alb. 0,25, Leuco, 1,2. Benjoin 00000, 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 77. — T. Henri, 36 ans. Imbécillité. Age mental (B.S.) 6 ans 1/2. Internement à 15 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père alcoolique chronique avec des accidents aigus très fréquents. b) *Collatéraux* : Ses frères et sœurs n'auraient marché qu'à 3 ans. c) *Personnels* : pupilles de l'Assistance Publique, inéducable et inintimidable. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Taille petite. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 0,2. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 41. — J. Robert, 34 ans. Imbécillité confinant à l'idiotie. Age mental (B.S.) 3 ans. Interné à 15 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Ascendance alcoolique très marquée (grands-parents, parents). b) *Collatéraux*, c) *Personnels* : (p). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Oreilles en anse, mal ourlées, lobules adhérents. Dents proéminentes. Voûte ogivale. Pupilles en mydriase. Réflexe photomoteur aboli et déformation de la pupille gauche. Hypotrophie considérable des qua-

trièmes orteils. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann négatif. L.C.R. : Alb. 0,15, Leuco, 4. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs.

Obs. 65. — P. André, 28 ans, interné à 15 ans. Imbécillité congénitale. Age mental (B.S.) 3 ans 1/2 à 4 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand-père éthylique. Mère éthylique dépravée. Père inconnu. b) *Collatéraux* : 1 frère arriéré et pervers (Obs. 66). c) *Personnels* : articule quelques monosyllabes à 15 mois. Marche à 2 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Oxycéphalie. Oreilles mal ourlées. Dents érodées en étage. Signe de Gaucher. Réflexes vifs. Hypertrophie de la dernière vertèbre sacrée. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann négatif. L.C.R. Alb. 0,50, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22221. 11000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 44. — L. Jacques, 13 ans. Imbécillité profonde. Age mental (B.S.) 4 ans. Interné à 11 ans après essais infructueux d'éducation (Fleury les Aubrays). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand'mère paternelle morte à 70 ans de cancer utérin. Grand'mère maternelle morte subitement à 72 ans. Grand-père maternel mort à 55 ans de néphrite. Père mort d'alcoolisme aigu. b) *Collatéraux* : une tante met au monde 2 jumeaux qui meurent au bout d'une semaine. 1 frère aîné de 16 ans intelligent et bien portant, 2 sœurs, cadettes nerveuses. c) *Personnels* : Alimentation difficile, croissance lente. Marche à 2 ans. Parle à 4 ans. Traitement au sulfarsénol à 5 ans (Heuyer) suivi d'aucune amélioration tant de l'état physique que de l'état mental. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Hypotrophie. Membres grêles. Ectopie testiculaire. Ectromélie du gros orteil gauche. Appendice xiphoïde très petit. Voûte ogivale très haute. Réflexes vifs. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. Alb. 0,28, Leuco, (?). Benjoin 00000, 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

6. — D'origine héréditaire (hérédité psychopathique)

Obs. 94. — G. Marie, décédée à 57 ans. Imbécillité congénitale avec syndrome maniaque. Internement à 20 ans pour crise d'excitation psychomotrice. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Mère morte à l'Asile. Psychose maniaco dépressive. b) *Collatéraux* : Sœur morte à l'Asile (Psychose maniaco dépres-

sive), frère interné (paraphrénie). c) *Personnels* : Illettrée, décédée de cancer à l'estomac. *Signes Physiques et Fonctionnels Biologiques* : (P) (Décès avant le début de ces recherches).

Obs. 61. — P. Félix, 35 ans, interné à 21 ans. Imbécillité avec bouffées d'excitation. Age mental (B.S.) 5 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Fils naturel. Mère débile mentale presque imbécile. b) *Collatéraux* : 1 frère a eu des convulsions. c) *Personnels* : Parle à 18 mois, marche à 2 ans. Traumatisme cranien (30 jours alité). *Signes Physiques et Fonctionnels* : taille supérieure à la moyenne, microcéphalie, cicatrice frontale. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco, 0,2. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 59. — M. Paul, 19 ans. Imbécillité profonde, itération Kinéto verbales. Désagrégation. Age mental (B.S.) 6 ans. Interné à 15 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Du côté maternel, gémellité, grand-père mort de congestion cérébrale. Du côté paternel, éthylisme. Mère nerveuse hypomaniaque ; père maniaco dépressif avec prédominance des accès de dépression. Famille de déséquilibrés. b) *Collatéraux* : 2 avortements antérieurs à la naissance du malade. 1 frère cadet normal (Bourses, Etudes secondaires). c) *Personnels* : Extraction pénible, présentation du front. Diarrhée infantile. Marche à 9 mois. Parle à 3 ans. A 5 ans ne peut rester à l'école et dès lors, fait des stages infructueux dans les différents Etablissements pour anormaux (Limours, Angers). A 14 ans, crise de sitiophobie, mutisme, apathie. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Facies mongoloïde. Macrogénitosomie précoce. Mydriase des deux côtés. Hypertrichose généralisée. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 19. — C. Emile, 29 ans. Imbécillité congénitale avec bouffées délirantes des dégénérés et légère discordance. Age mental : 6 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand-père mort à l'Asile (débilité mentale et idées mystiques). Mère alcoolique. b) *Collatéraux* : Frère suicidé. Sœur « simple d'esprit » (il est le dernier né). c) *Personnels* (P). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type longiligne. Oxycéphalée. Oreilles en anse. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs .

Obs. 40. — H. Hermine, 49 ans. Imbécillité congénitale, érotisme. Age mental (B.S.) 5 ans. Internée à 22 ans pour excitation psychomotrice et perversions instinctives. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Mère imbécile. b) *Personnels* : Pupille de l'Assistance Publique. Illettrée. Otite chronique dans l'enfance. 2 enfants de pères inconnus. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Oxycéphalie. Axiphoïdie. Prognathisme. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,35, Leuco, 0,4. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann négatifs.

Obs. 64. — P. Joseph, 70 ans. Interné à 34 ans. Imbécillité génitale. Age mental (B.S.) 5 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort interné à l'Asile de Léhon. b) *Collatéraux* : Frères et sœurs débiles. c) *Personnels* : illettré. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type athlétique, hyperorchidie. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,75, Leuco, 0. Benjoin 00000. 22222. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 103. — C. Jules, 66 ans. Imbécillité congénitale et bouffées délirantes des dégénérés. Internement à 27 ans pour ractions appressives (coups de carabine, menaces). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père déséquilibré. 1 oncle maternel mort dans un Asile après 25 ans d'internement b) *Collatéraux* : 1 cousine imbécile. 1 cousin interné (psychose schizophrénique avec syndrome parkinsonien). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Taille petite (1 m. 42). Microcaulie. Testicules petits. Thorax en entonnoir. *Signes Biologiques* : L.C.R. : Alb. 0,15, Leuco, 0,8. Benjoin 00122. 21122. 21000. Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs.

Obs. 3. — B. Eugène, 64 ans. Imbécillité congénitale. Internement à 39 ans pour vagabondage. Age mental (B.S.) 6 ans 1/2. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père et Mère (P) 1 oncle aliéné. b) *Collatéraux* : 4 frères et sœurs nés avant lui sont bien portants, les 4 qui le suivent sont morts avant l'âge de 2 ans. c) *Personnels* : Convulsions. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microcéphalie, arcades sourcilières très marquées, tics, tremblement. *Signes Biologiques* : Sang : Meinicke et Wassermann négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22220. 00000. Pandy, Wassermann et Meinicke négatifs.

Obs. 5. — B. Roger, 25 ans. Imbécillité et Epilepsie psychique. Age mental (B.S.) 7 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Paternels : Grand-père mort à 76 ans de sénilité. Grand'mère nerveuse et émotive morte à 86 ans. Père : plombier. Mère : crises convulsives de l'enfance. b) *Collatéraux* : 2 frères aînés ont présenté des crises convulsives jusqu'à 8 ans à l'occasion de chaque poussée dentaire et de chaque maladie infectieuse de l'enfance, développement intellectuel bon. 1 petit cousin (côté maternel) épileptique. c) *Personnels* : Accouchement normal. Convulsions et régression du langage à partir de 8 mois. A 18 mois état de mal (7 crises en 16 heures, température à 40°). Depuis, crises d'épilepsie fréquentes. On ne peut retenir son attention plus de 10 minutes et lui coqueluche, rougeole, scarlatine, ictère. *Signes Physiques et* apprendre quoique ce soit. Au cours de l'enfance : oreillons, *Fonctionnels* : Constitution robuste. Anisocorie. Mydriase. Ptosis bilatéral. Appendice xyphoïde petit. Réflexes polycinétiques *Signes Biologiques* : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. Alb. 0,28, Leuco, 1,6. Benjoin 00000 02210. 00000.

Obs. 57. — M. Hoche, 37 ans. Imbécillité avec désordres du comportement de nature cycloïde. Impulsions motrices et érotiques. Age mental (B.S.) 6 ans 1/2. Interné à 14 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père et mère débiles. b) *Collatéraux* : 4 frères, ses aînés, arriérés, parmi les 4 cadets, une sœur morte à 5 ans d'angine diphtérique, une sœur morte à 7 ans arriérée et paralysée (Little). c) *Personnels* : 0. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type athlétique. Facies bestial. Arcades sourcilières très saillantes. Hypérostoses occipitale et de la partie postérieure des pariétaux. Strabisme externe intermittent. Myopie très forte. Chorio-rétinite à type myopique (Docteur Dubar). *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,45, Leuco, 1. Benjoin 00000. 22221. 10000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 81. — B. Clémence, 67 ans. Imbécillité profonde congénitale confinant à l'idiotie avec excitation psychomotrice. Age mental (B.S.) légèrement supérieur à 3 ans. Internée à 34 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Mère alcoolique invétérée. Une tante internée et morte à l'Asile (Psychose systématisée progressive avec interprétations délirantes) b) *Collatéraux* : une sœur internée (obs. 82). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Front proéminent. Oxycéphalie légère. *Signes*

Biologiques : L.C.R. : Alb. 0,28, Leuco, 2. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs. Sang : Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 82. — B. Léontine, 73 ans. Imbécillité congénitale avec dipsomanie. Age mental (B.S.) 5 ans. Internée à 34 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires et Collatéraux* (Obs. 81). b) *Personnels* : 0. *Signes Physiques et Fonctionnels* : blésité légère, voix nasomice. *Signes Biologique* : (Impossibles à rechercher en raison de l'état d'excitation de la malade).

Obs. 80. — G. Fernande, 18 ans. Imbécillité congénitale avec impulsivité. Age mental (B.S.) 6 ans. Pupille de l'Assistance Publique. Internée à 15 ans pour excitation psychomotrice. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Mère internée. Père alcoolique. b) *Collatéraux* : 1 frère mort à 3 mois, 4 frères et sœurs bien portants. c) *Personnels* (?). *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 1,4. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 37. — G. Pierre, 23 ans. Imbécillité avec perversions instinctives. Brutalité sadique. Age mental (B.S.) 6 ans. Internement à 18 ans pour réactions médico-légales : incendie volontaire (non-lieu). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : père éthylique et très débile, mère décédée de cancer de l'utérus, plusieurs fausses-couches dont une de 5 mois. b) *Collatéraux* : 5 frères et sœurs morts entre 2 et 3 mois. 1 sœur morte à l'Asile (Imbécillité congénitale et bouffées délirantes des dégénérés). 1 frère sourd. 1 sœur présente des troubles ovulaires. Famille de dysmorphiques dégénérés. c) *Personnels* : 0. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Forte corpulence, asymétrie cranio-faciale légère. Voûte palatine ogivale. Appendice xiphoïde petit. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 0,2. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 73. — R. Amédée, 16 ans. Imbécillité avec perversions instinctives. Age mental (B.S.) 6 ans. Interné à 15 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand-père maternel alcoolique. Grand'mère maternelle morte paralysée. 1 oncle paternel aliéné (?). Mère alcoolique depuis l'adolescence. b) *Collatéraux* : 1 frère, son aîné, également arriéré mort à 11 ans

de congestion pulmonaire. 3 frères et sœurs, ses aînés, bien portants. a) cousin germain du côté paternel, également interné (arriération mentale). c) *Personnels* : Marche à 2 ans, parle à 3 ans, n'apprend rien à l'école. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Infiltration pseudo-mongolienne des traits. Implantation basse des cheveux. Hirsutisme. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco, 2,6. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 32. — G. Léon, 41 ans. Imbécillité profonde. Age mental (B.S.) 4 ans 1/2. Internement à 23 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires et Collatéraux* (voir obs. 31). b) *Personnels* : néant. *Signes Physiques et Fonctionnels* : type longiligne très accusé. Oxycéphalie. Arcades sourcilières très marquées et se rapprochant du type primitif. Axiphoïdie. Proéminence de la dernière pièce sacrée. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 1,2. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 12. — C. Adrien, 34 ans. Imbécillité congénitale et bouffées délirantes des dégénérés. Interné. Age mental (Herderschee) 6 ans 1/2. Interné à 28 ans après tentatives de suicide répétées. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père alcoolique. Mère bègue débile. Oncles sourds-muets. b) *Collatéraux* : 1 sœur aînée bègue, 5 sœurs aînées mortes avant trois mois ; 1 sœur cadette débile avec bouffées délirantes. 6 autres sœurs cadettes débiles. *Signes Physiques et Fonctionnels* : surdi-mutité. Hyperostose occipitale. Oreilles décollées. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. Alb. 0,28, Leuco, 0,4. Benjoin 00000. 22200. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

6. — D'origine Mongolienne

Obs. 11. — B. Luc, 32 ans. Imbécillité congénitale avec signes classiques de mongolisme. Age mental (Herderschée) 6 ans environ. Internement à 12 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Fille naturelle. Aucune tare physique ou psychique du côté maternel. b) *Collatéraux* : 0. c) *Personnels* : broncho-pneumonie. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Aspect mongolien caractéristique. Yeux bridés, nez écrasé. Voix nasonnée à peu près incompréhensible. Implantation vicieuse des dents.

Menstruation et caractères sexuels secondaires normalement développés. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs.

7. — *D'origine Indéterminée*

Obs. 93. — L. Gaston, 22 ans. Imbécillité congénitale profonde. Age mental (B.S.) 4 ans 1/2. Interné à 7 ans. *Antécédents* (P) Pupille de l'Assistance Publique. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Facies dégénératif. Prognathisme. Strabisme interne. léger. Blésite, Appendice xiphoïde très petit. Microcéphalie légère. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,80, Leuco, 1. Benjoin 00100. 22222. 00000, Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 17. — C. René, 29 ans, Imbécillité profonde confinant à l'idiotie. Age mental (Kuhlmann et B.S.) 4 ans. Internement à 17 ans. *Antécédents* : Vient de l'Hospice de Saint Brice de Chartres. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Oxycéphalie, asymétrie faciale, implantation basse des cheveux, voûte palatine très ogivale, scoliose, scapula scaphoïda. Axiphoïdie, strabisme interne léger, cryptorchidie, réflexes un peu vifs, *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,20, Leuco, 11,4. Benjoin 0100. 22210. 00000, Meinicke, Pandy, Wassermann négatifs.

Obs. 100. — T. Pauline, 41 ans. Imbécillité congénitale profonde. Age mental (B.S.) 4 ans. Internée à 10 ans. *Antécédents* : Inconnus. Fille naturelle. Pupille de l'Assistance Publique. Quelques crises d'épilepsie vers l'âge de 10 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie faciale. Implantation vicieuse des dents. Signes de Gaucher. Voûte palatine ogivale. Axiphoïdie. Aplatissement du sacrum. Réflexes vifs. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,60, Leuco, 1/4. Benjoin 00000. 22220. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 39. — H. Daniel, 15 ans. Imbécillité profonde excitation psychomotrice. Age mental (B.S.) 4 ans. Interné à 8 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires et Collatéraux* (P) b) *Personnels* : Marche à 22 mois. Parle à 2 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Epilepsie (20 crises par mois). Signe de Gau-

cher, Dents de poisson, Soudure des incisives médiane et latérale droite. Réflexes très vifs. *Signes Biologiques* : L.C.R. : Alb. 0,15, Leuco, 1,1. Benjoin 00000, 00100, 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 67. — P. Jean, 57 ans. Imbécillité, perversions instinctives et kleptomanie. Age mental 6 ans 1/2. Internement à 18 ans pour vols d'objets sans utilité. Vagabondage et violence. *Antécédents* : Pupille du Département de l'Eure-et-Loir. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Déformation de la pupille gauche. Fossette coccygienne. Hyperorchidie à droite. Réflexes ostéo-tendineux vifs. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 104. — H. Roland, 18 ans. Imbécillité congénitale et tendances perverses. Age mental 6 ans 1/2. Réussit des tests de mémoire des chiffres de 15 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : (?) Pupille de l'Assistance Publique. b) *Personnels* : Stages infructueux dans les établissements de rééducation. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microcéphalie. Strabisme interne. Pas de malformations grossières. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke, négatifs. L.C.R. : Alb. 1, Leuco, 0,4. Benjoin 00000. 22222. 10000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 74. — S. Marcel, 35 ans. Imbécillité congénitale. Age mental (B.S.) 5 ans. Internement à 16 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : 0. b) *Collatéraux* : 3 frères et sœurs bien portants. 2 avortements. c) *Personnels* : 0. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie faciale. Nez long et recourbé fortement dévié à droite. Strabisme divergent à droite. Palais neurotique de Clouston. Voix nasonnée. Implantation vicieuse des dents. Lobules des oreilles adhérents. Syndactylie bilatérale des 2^e et 3^e orteils. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs.

Obs. 53. — Alcide, 41 ans. Imbécillité congénitale avec indifférence affective, vie végétative. Age mental (B.S.) 5 ans et demi. Internement à 30 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* :

res : o. b) *Collatéraux* : 6 frères et sœurs normaux. 1 frère mort avant 2 ans. 1 à 3 ans de rougeole. c) *Personnels* : Convulsions, coqueluche, rougeole, scarlatine. A parlé tard. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie cranio-faciale. Lèvres épaisses, voûte palatine ogivale, signe de Gaucher, malformations dentaires complexes. Oreilles de faune. Axiphoïdie. Ectrodactylie bilatérale du 4^e orteil. Blésite. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke, négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco. 3. Benjoin 00000. 22222. 10000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 18. — C. Emile, 55 ans. Imbécillité congénitale. Age mental (Herderschée) 7 ans environ. Interné à 25 ans. *Antécédents* (?). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Surdit-mutité. Hypérostose occipitale généralisée. Sutures et fontanelles très marquées. Suture incomplète des os du palais. Thorax en entonnoir. Hypertrophie de la dernière sacrée. Hyperéflexivité. Babinski bilatéral. *Signes biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco. 0,2. Benjoin 00012. 22222. 00000. Pandy, Meinicke négatifs. Wassermann.

Obs. 1. — A. Denise, 44 ans, Imbécillité congénitale. Age mental (B.S.) 6 ans 1/2. Internée à 28 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : o. b) *Collatéraux* : 1 sœur morte à 9 mois de convulsions. Broncho-pneumonie. 1 morte sans cause apparente à 15 jours. 1 frère mort à 12 ans de streptococcie, intelligent. 2 avortements de 3 mois. c) *Personnels* : Marche à 18 mois, réglée à 12 ans, Pott à 18 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Séquelles nombreuses de Pott. Axiphoïdie. Front olympien. Asymétrie cranio-faciale. Voûte palatine très ogivale. Déformation des oreilles (oreilles en anse, lobule adhérent). Fossette coccygienne. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,20, Leuco, 4,4. Benjoin 00000. 22100. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 26. — D. René, 19 ans. Age mental (B.S.) 6 ans. Internement à 16 ans. Imbécillité. Epileptoïdie. Impulsivité, équivalents. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Pas de signes décelables héréditairement. Grand'mères bien portantes. Grands-pères décédés à 70 et 84 ans. Père : tétanos grave traité par le sérum à haute dose 1 an 1/2 avant la conception du malade. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Mère : caractère vif. Grand'tante décédée de démence sénile. b) *Collaté-*

raux : Ni frères ni sœurs. c) *Personnels* : Marche à 15 mois, cesse d'uriner au lit à 18 mois. Convulsions à 3 ans et arrêt du développement intellectuel. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Bien constitué. Axiphoïdie. Laxité ligamenteuse. Crises convulsives (2 à 3 par mois) mais nombreux équivalents. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 1,30, Leuco, 1,2. Benjoin 01101. 22222. 10000. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs. Epreuve thérapeutique Elixir Deret et Arsenicaux, aucune amélioration.

Obs. 49. — L. Angèle, 39 ans. Imbécillité congénitale et turbulence. Age mental : de 5 ans. Début des troubles, 1^{re} enfance. Internement à 5 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : (?). b) *Collatéraux* : 1 sœur sourde et muette, 2 autres normales. c) *Personnels* : à 1 an, convulsions et syndromes méningés (à partir de cette époque, développement intellectuel très ralenti). Illettrée. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Surdi-mutité. Asymétrie faciale. Dents érodées. Macrodon-tisme. Strabisme. Microcéphalie légère. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,8, Leuco (?). Benjoin 11000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann négatifs.

Obs. 63. — P. Auguste, décédé à 37 ans. Interné à 28 ans. Imbécillité profonde. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père et mère morts subitement (affection cardiaque) b) *Collatéraux* : 5 frères et sœurs. 1 mort à 1 an, 2 à 26 et 30 ans. 2 vivants non arriérés (C.E.P.). c) *Personnels* : Convulsions pendant la 1^{re} enfance. Marche à 3 ans. Parle à 6 ans. Ne s'intéresse à rien. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Voûte ogivale haute. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,25, Leuco, 0,6. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 58. — M. Bénédicte, 61 ans. Débilité mentale (Hypermnésie). Age mental (B.S.) 9 ans. Interné à 20 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort subitement à 58 ans. b) *Collatéraux* : le 7^e d'une famille de 8 enfants, tous normaux et sains. c) *Personnels* : Convulsions au cours de la 1^{re} enfance. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie cranio-faciale. Ptosis congénital de la paupière droite. Strabisme interne léger à droite. Fossette coccygienne fistulisée. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,50, Leuco, 1. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

C) GROUPE DES DÉBILES MENTAUX

1. — D'origine Hérédo-Syphilitique certaine

Obs. 29. — F. Marcel, 18 ans. Débilité mentale avec épilepsie psychique. Age mental (B.S.) 9 ans. Interné à 15 ans après plusieurs tentatives de suicide. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : 0 b) *Collatéraux* : 3 frères et sœurs bien portants. Un frère aîné un peu déséquilibré « désaxé ». c) *Personnels* : Syndrome méningé vers 3 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Hypotrophie (taille d'un enfant de 12 à 13 ans). Asymétrie faciale légère. Implantation vicieuse des dents. Strabisme interne à droite. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann négatif, Meinicke positif. L.C.R. : Alb. 1, Leuco, 2,4. Benjoin 00000. 22222. 10000. Pandy, Wassermann négatifs, Meinicke fortement positif. *Epreuve thérapeutique* : Amélioration par le traitement arsenical.

Obs. 91. — L. Alexandrine, 56 ans. Débilité mentale congénitale. Age mental (B.S.) 8 ans, environ (Herderschee, B. S.). Internée à 5 ans à l'Asile de Ste Ylie. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : (?) b) *Collatéraux* : 2 ou 3 avortements puis 3 enfants, ses aînés, morts en bas âge. 3 autres frères et sœurs, ses cadets, bien portants, mais avec des antécédents convulsifs au cours de la première enfance. c) *Personnels* : Marche à 4 ans. Illettrée. *Signes Physiques et Fonctionnels* : surditité. Asymétrie faciale (déformations considérables du maxillaire supérieur). Voûte palatine très ogivale. Paralysie faciale droite. Déformation du nez et des narines. Tibia volumineux. Fossette coccygienne. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco (?). Benjoin 00000. 22221. 00000. Wasserman et Pandy négatifs, Meinicke positif.

Obs. 13. — C. Marceau, 19 ans. Débilité mentale, troubles du caractère, psychose épileptique. Internement à 18 ans (impulsions épileptiques). Age mental : (B.S.) 9 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : 1 grand-père mort à 86 ans paralysé. 1 grand-mère morte à 70 ans subitement. 1 grand-tante débile mentale. Mère morte à 43 ans de cancer de l'utérus. b) *Collatéraux* : 1 sœur bien portante. c) *Personnels* : Pemphigus plantaire (?) à la naissance. Marche et parle à 1 an. A 3 ans, crises convulsives avec relâchement des sphincters

et morsures de la langue. A 4 ans, chute sur la tête sans conséquences apparentes. Au cours de la seconde enfance : scarlatine, rougeole, coqueluche. A 14 ans, hémiparésie gauche. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Réflexes vifs. Hémiparésie gauche. Pouce droit en raquette. Tremblement. Crises épileptiques (8 à 10 par mois). *Signes Biologiques* : Sang : Wasserman négatif, Meinicke positif. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22221. 00000, Pandý, Wassermann et Meinicke négatifs.

2. — D'origine Infectieuse

Obs. 72. — R. Jean, 33 ans. Débilité mentale avec tendance aux fugues, épileptoidie ; interné à 23 ans. Age mental (B.S.) 9 ans 1/2. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort à 60 ans de tuberculose pulmonaire. Mère (?). b) *Collatéraux* : 2 sœurs et 1 frère mort de tuberculose pulmonaire et intestinale. Une sœur bien portante. c) *Personnels* : prématuration. Pneumonie pendant la seconde enfance avec complications encéphaliques (hallucinations, onirisme, délire) coqueluche, rougeole. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie faciale, tuberculose pulmonaire à forme fibreuse. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,75, Leuco, 1. Benjoin 00000. 22221, 10000. Pandý, Wassermann et Meinicke négatifs.

3. — D'origine Traumatique

Obs. 25. — O. Prudent. 50 ans. Débilité profonde confinant à l'imbécillité. Age mental (B.S.) 7 ans. Interné à 29 ans (mesure d'Assistance). *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Sans intérêt. b) *Collatéraux* : 1 frère et une sœur morts à 20 ans. c) *Personnels* : Malformation congénitale d'un membre inférieur qui rend la marche difficile jusqu'à 6 à 7 ans. A 5 ans, coqueluche. A 8 ans, traumatisme crânien grave. A 12 ans syndrome adipo-génital, hypertrichose. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Adiposité considérable (en apparence, mais poids relativement faible, 86 kgs) lipome de la nuque. Voûte palatine ogivale. Fond d'œil pigmenté cristallin opaque. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,20, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22222. 21000. Pandý, Wassermann négatifs.

4. — D'origine Hérédo-Alcoolique

Obs. 48. — L. 19 ans. Débilité mentale profonde confinant à l'imbécillité. Age mental, 7 ans. Internement à 9 ans pour crise d'excitation psychomotrice. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : grand-père paternel et père alcooliques, invétérés, intoxiqués de longue date, impossibles à amender. Du côté maternel, 2 jumeaux et 2 jumelles morts à 8 jours. b) *Collatéraux* : Polyéthylité infantile. 1 mort à 4 jours d'hémorragie cérébrale. 1 à 2 ans de méningite. 4 morts à 9 mois de diarrhée. 1 infirme mort à 3 mois. 1 avortement de 3 mois. 6 autres enfants vivants. c) *Personnels* : Naît en état de mort apparente après un accouchement facile, coryza non hémorragique dès la naissance. Parle à 2 ans. Varicelle, coqueluche, rougeole dans la seconde enfance. *Signes Physiques et Fonctionnels*. Type longiligne. Sacralisation lombaire. Facies adénoïdien. Anisocorie. Pupilles en mydriase. La pupille gauche très mydriatique et irrégulière ne réagit pas à la lumière. Dents crénelées. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,45, Leuco, 1. Benjoin 00000. 222111. 00000. Wasserman, Pandey, Meinicke négatifs.

Obs. 34. — L. Adolphe, 69 ans. Débilité profonde. Interné à 35 ans pour incendies volontaires (non-lieu). Interné. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père et mère alcooliques chroniques avec des périodes d'ivresse presque subintrante. b) *Collatéraux* : 1 frère bègue, 4 autres frères et sœurs bien portants. c) *Personnels* : Alcoolisme. *Signes Physiques et Fonctionnels*. Taille petite. Asymétrie crano-faciale. Voûte palatine très ogivale. Implantations vicieuses des dernières molaires. Strabisme divergent de l'œil gauche, tremblements permanents des membres supérieurs (existent déjà à 20 ans). Incurvation légère des tibias. Microorchidie. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,22, Leuco, 0,4. Benjoin 00100. 22201. 00000. Pandey, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 55. — M. Georges, 19 ans. Interné à 17 ans après non-lieu pour réactions antisociales, vol. Pupille de l'Assistance Publique. Débilité mentale légère avec perversions instinctives. Age mental (B.S.) 9 ans 1/2. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père éthylique dévoyé, actuellement au bagne. Mère : fille publique et éthylique, tuée au cours d'une rixe entre alcooliques et dévoyés. b) *Collatéraux* : 0. c) *Person-*

nels : Abandonné à 7 ans. Pas de fréquentation scolaire. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Facies vieillot. Aucune tare et aucun stigmate physiques. *Signes Biologiques* : Meinicke, Wassermann négatifs. L.C.R.: Alb. 0,30, Leuco, 1, Benjoin 00000. 22221. 00000. Pand'y, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 84. — F. Félix. Débilité mentale. Age mental (B.S.) 8 ans. Interné à 35 ans pour impulsions et excitation psychomotrice. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort à 35 ans d'alcoolisme aigu, mère morte subitement à 54 ans. b) *Collatéraux* : 1 frère et 2 sœurs normaux, 1 sœur idiote et paralysée, morte à 7 ans. c) *Personnels* : Crises d'épilepsie depuis l'âge de 12 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type athlétique. Pas de signes autres que les cicatrices des blessures occasionnées par les crises d'épilepsie (15 ou 20 par mois, malgré le Gardénal). *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,55, Leuco, 7,5. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pand'y, Meincike négatifs, Wassermann.

Obs. 47. — L. Louis, 45 ans. Interné à 34 ans pour réactions médico-légales. Débilité mentale, troubles du caractère. Age mental (B.S.) 8 ans. Arrestation pour attentat à la pudeur (2 ans-3 ans de prison, non-lieu). *Antécédents* : a) *Héréditaires* (p) *Enfant naturel* ; Grand-père et mère alcooliques b) *Collatéraux* : Parmi les 7 enfants nés après le mariage de la mère, 6 sont morts de convulsions à 2, 3, 4 ou 5 ans et la dernière est hypotrophique (ces faits ont été mis par le Médecin sur le compte du père. c) *Personnels* : paludisme, alcoolisme. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Taille petite. Réflexes vifs. Dents érodées. Pas de malformations grossières. Dégénéré. Dipsomanie. *Signes biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,30, Leuco, 0. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pand'y, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 66. — P. Maurice, 27 ans (Interné à 21 ans après non-lieu). Débilité mentale avec perversions instinctives. tendances aux fugues et à l'automutilation. Age mental (B.S.) 8 ans, pour réactions médico-légales. Incendie volontaire. *Antécédents* : a) *Héréditaires et Collatéraux* (voir obs. 65). b) *Personnels* : Parle à 1 an, marche à 14 mois, manifeste ses premières tendances perverses dès l'âge de 3 ans, fugues, vol. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Taille petite (1 m. 45)

arcades sourcillières proéminentes. Implantation vicieuse et malformations complexes des dents. Axiphoidie. Réflexes vifs. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke, négatifs. L.C.R. : Alb. 1,20, Leuco, 1,6. Benjoin 00100. 22222. 21000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 89. — C. Raymonde, 25 ans. Débilité mentale profonde congénitale avec érotisme effréné. Age mental (B.S.) 7 ans 1/2. Internée à 23 ans pour excitation psycho-motrice avec propos obscènes, exhibitionnisme. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand-père maternel mort à l'asile d'alcoolisme aigu. Mère déséquilibrée éthylique, dépravée. Père poursuivi pour inceste b) *Personnels* : accouchement distocique (forceps) convulsion et chétivité pendant la première enfance. Marche à 18 mois. Prostitution précoce. Procréations considérées : un enfant à 17 ans, une à 23 ans, bien constituée. *Signes Physiques et Fonctionnels*. Brachycéphalie. Reliquats d'hémiplégie infantile gauche. Paralyse du membre supérieur droit. Tics palpébraux à gauche. Anisocorie (gauche plus grande que droite). Strabisme divergent droit. Réflexes rotuliens vifs des deux côtés. Axiphoidie. Voûte ogivale. Facies dégénératif. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann négatif. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 0. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

6. — D'origine Héréditaire (Hérédité Psychopathique)

Obs. 16. — B. Simonne, 39 ans. Débilité mentale avec bouffées d'excitation psychomotrice et délire polymorphe des dégénérés. Age mental (B.S.) 8 ans. Internée à 33 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand'mère morte à l'Asile de Clermont (Psychose Maniaco-dépressive) ; cousin et père mélancoliques suicidés. b) *Collatéraux* : 1 sœur normale. c) *Personnels* : Scarlatine, méningite à 7 ans et ensuite apprend difficilement à l'école. A eu 5 enfants : 3 normaux, une fille oligophrène, 2 morts nés, une fille morte à 5 mois. Après cette dernière gestation, syndrome confusionnel, bouffées délirantes. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Prognathisme. Vices d'implantation des dents. Fossette coccygienne. Nez ensellé. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,20, Leuco, 1,4. Benjoin 00000. 22211. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 88. — P. Joséphine, 54 ans. Débilité mentale, profonde et congénitale avec perversions instinctives et érotis-

me. Age mental (B.S.) 7 ans 1/2. Interné à 15 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Parents et oncles débiles. Père alcoolique, mort aveugle, Mère morte de maladie de cœur. b) *Collatéraux* : Un frère débile. c) *Personnels* : A 39 ans, grossesse à l'Asile, expulsion d'un fœtus mort et fièvre puerpérale. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Voûte palatine ogivale. Syndactylie du médius et de l'index de la main droite. Hyperélectivité. Malformations de l'oreille. Babinski. Hypérostose frontale. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,30, Leuco, 1,6. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 2. — B. Alice, 57 ans. Débilité mentale et congénitale et psychose maniaco-dépressive. Age mental (B.S.) 8 ans. Internement à 28 ans pour un premier accès maniaque avec gros appoint éthylique. 3^e et dernier internement à 45 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grand-père alcoolique invétéré. Arriération des parents. b) *Collatéraux* : Tous arriérés et dipsomanes. Un cousin mort idiot à l'Asile. c) *Personnels* : Un fils naturel idiot. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie faciale légère. *Signes Biologiques* : L.C.R. : Alb. 0,20, Leuco, 0,4. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatif.

Obs. 6. — B. Louis, 44 ans. Débilité mentale. Age mental (B.S.) 9 ans 1/2. Internement à 24 ans par mesure d'assistance. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort dans un asile d'aliénés, Démence ? Mère morte subitement à 73 ans. b) *Collatéraux* : 3 sœurs aînées bien portantes, pas de convulsions. c) *Personnels* : début des troubles dans la première enfance. Convulsions à 18 mois et depuis crises épileptiques fréquentes. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Crises d'épilepsie très fréquentes, 30 à 40 par mois. Réflexes vifs et polycinétiques. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,40, Leuco, 0. Benjoin 00110. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 42. — J. Marcel, 33 ans. Débilité mentale évolutive avec éléments de dissociation psychique. Age mental (B.S.) actuel : 6 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père alcoolique. Mère internée (excitation maniaque). b) *Collatéraux* : 1 cousine (psychose puerpérale, état oniroïde sur fond dégénératif. c) *Personnels* : (?). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type athlétique. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Mei-

nicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,50, Leuco, 1,8. Benjoin 00100. 22222. 10000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 21. — D. Aug. 51 ans. Débilité mentale. Age mental : 8 ans 1/2. Interné à 19 ans pour incendies volontaires. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort de démence sénile. Mère : débile, alcoolique et débauchée. 1 oncle maternel sourd. Grand'mère maternelle arriérée. Plusieurs grands-oncles délinquants. b) *Collatéraux* : 1 frère et 1 sœur débiles. 1 sœur imbécile et bégue. 2 frères morts avant 3 mois. 1 sœur prostituée (à la Maison Centrale de Rennes). c) *Personnels* : Fièvre typhoïde avec syndrome méningé à 1 an 1/2. Illettré. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,45, Leuco, 1,6. Benjoin 00000. 22210. 00000. Pandy, Wassermann et Meinicke négatifs.

Obs. 90. — D. Marie, 51 ans. Débilité mentale congénitale et délire mystique à type paranoïde. Age mental (B.S.) 8ans. Internée à 41 ans pour syndrome d'excitation maniaque. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Mère aliénée (p) b) *Collatéraux* : Frère débile mental interné à 7 ans, mort à 23 ans à l'Asile. c) *Personnels* : Crises d'épilepsie depuis l'âge de 7-8 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Epilepsie (1 crise en 4 ans), thorax étroit, laryngite chronique (p). *Signes Biologiques* : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,30, Leuco (p). Benjoin 00100. 22220. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 69. — R. Casimir, 31 ans. Débilité mentale. Brady-
psychie, Epileptoïdie. Age mental (B.S.) 9 ans 1/2. Internement à 22 ans pour réactions sociales. Violences, impulsions favorisées par l'alcoolisme. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père (p), Mère : débilité profonde. b) *Collatéraux* : 6 frères et sœurs, ses aînés, seraient bien portants mais un peu « simples d'esprit ». c) *Personnels* : crises d'épilepsie depuis la 2^e enfance. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Constitution athlétique, demi-surdité. Langue fissurée. Crises épileptiques 10 à 20 par mois. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 85. — E. Gérard, 43 ans. Débilité mentale profonde confinant à l'imbécillité avec épilepsie psychique et motrice. Age mental (B.S.) 7 ans 1/2. Interné à 22 ans à cause de ses réactions agressives. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Mère

mélancolique devenue aveugle, suicidée à 42 ans. Père bien portant, instituteur. b) *Collatéraux* : 8 frères et sœurs normaux. c) *Personnels* : Quelques acquisitions scolaires. Crises d'épilepsie depuis l'âge de 5 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels*. Type athlétique. Plagicéphalie à prédominance occipitale. Axiphoïdie. Anisocorie. Psoriass. Microcaulie, crises épileptiques. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,20, Leuco, 0,4. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs.

Obs. 102. — M. Lucien. 29 ans. Débilité mentale avec perversion des instincts sexuels. Internement après non-lieu pour récidive de viol. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Illettrés et débiles. b) *Collatéraux* : Famille de dégénérés demi nains. Est le seul de ses frères qui ait été apte au service militaire. b) *Personnels* : Rougeole. Illettré. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Semi-manisme (1 m. 51). Macrocéphalie relative (56 cm. de circonférence), crâne triangulaire à base antérieure. Strabisme divergent léger de l'œil droit. Voûte ogivale. Blésite. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,70, Leuco, 1,2. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Meinicke, Wassermann négatifs.

7. — D'origine Endocrinienne ou Lymphoïde probable

Obs. 75. — Seg. Roland, 24 ans. Internement à 18 ans pour viol et violence. Age mental (B.S.) 8 ans. Débilité mentale avec troubles du caractère et de l'affectivité. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort à 33 ans (?). b) *Collatéraux* : 2 sœurs et 1 frère bien portants. c) *Personnels* : Coqueluche, Croup, Opéré d'un goitre à 6 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Aplatissement de la face dans le sens transversal. Implantation très défectueuse des dents. Réflexes vifs. Appendice xiphoïde très petit. Implantation basse des cheveux. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 1, Leuco, 1,4. Benjoin 00000. 22222. 10000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 60. — P. Jean, 20 ans. Débilité mentale profonde à l'entrée avec manifestations épileptiformes. Déjà amélioré il y a 3 ans par l'évacuation d'un abcès appendiculaire, il a rattrapé une part de son retard de croissance et de maturation à la suite d'une amygdalectomie il y a un peu plus d'un an. Age mental actuel (B.S.) 9 ans. Internement à 13 ans pour incendies, sortie à 20 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* :

Père bien portant. b) *Collatéraux* : 7 frères et sœurs morts entre 1 et 3 ans, 1 avortement de 5 mois, 2 jumeaux. c) *Personnels* : Parle à 2 ans. Enurésie nocturne jusqu'à 14 ans. Crises convulsives à partir d'un an. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Voûte palatine ogivale, haute, dents crénelées. Développement nettement insuffisant à l'entrée dans le service, taille plus que moyenne à la sortie. Pas de crises d'épilepsie depuis 2 ans. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,50, Leuco, 1,2. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 87. — R. Hélène, 53 ans. Débilité congénitale avec évolution démentielle depuis l'âge de 20 ans. Internée à 48 ans pour troubles du comportement. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : 0. b) *Collatéraux* : 1 frère athrepsique décédé à 10 mois. 1 sœur mort-née. 3 autres collatéraux normaux. c) *Personnels* : Premiers troubles mentaux à 20 ans. Amélioration. Reprise à 27 ans et évolution progressive vers la démence. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Acromégalie évoluant depuis des années. Eléphantiasis, hypertrichose, ménopause. Strabisme divergent. Microphthalmie. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,30, Leuco, 0,8. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

8. — D'Origine Indéterminée

Obs. 95. — B. René, 38 ans. Débilité mentale profonde avec bouffée délirante. Interné à 20 ans pour troubles délirants et hallucinatoires exagérés par l'alcoolisme. Age mental (B.S.) 8 ans 1/2. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort de maladie à évolution longue (p). b) *Collatéraux* : 1 sœur morte dès les premiers jours. 1 sœur morte à 4 ans de syndrome méningé. 1 frère tumeur blanche au genou. c) *Personnels* : Rougeole à 4 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Asymétrie cranio-faciale. Blésite. Système pileux rare. Hyotrophie. Déformation rachitique du thorax. Hypertrophie de la dernière pièce sacrée. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,40, Leuco, 1,4. Benjoin 00000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 96. — P. François, 54 ans. Débilité mentale avec bouffées délirantes et hallucinatoires. Age mental (B.S.) 9 ans.

Interne à 25 ans pour excitation psychomotrice. *Antécédents* :

a) *Héréditaires* : Père mort de tuberculose pulmonaire. b) *Collatéraux* : Polyéthalté infantile. 9 enfants sur 14 sont morts en bas âge. 1 sœur morte à 4 ans présentait de nombreuses malformations (pieds bots) et une paraplégie. c) *Personnels* : Convulsions. Oreillons, quelques acquisitions scolaires. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microcéphalie. Oreilles de faune. Malformations du rachis. Enurésie. Hyperéfectivité ostéo-tendineuse. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 1, Leuco, 1,2. Benjoin 01000. 22221. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 56. — M. Fernand, 29 ans, interne à 19 ans. Débilité mentale, puérilisme, tendance aux impulsions. Age mental B.S. 8 ans 1/2. *Antécédents* (?). *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type longiligne, hypertrichose, microcéphalie, Anisocorie (droite plus grande que la gauche). Strabisme intermittent. Appendice xiphoïde petit mais net. Sacralisation lombaire. Réflexes vifs. Babinski à gauche. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. ? Leuco ? Benjoin 11222. 20122. 22000. Meinicke, Wassermann négatifs. Pandy positif.

Obs. 15. — C. Ernest, 44 ans. Débilité profonde. Age mental (B.S.) 8 ans 1/2. Interne à Bicêtre à 14 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Père mort à 45 ans de cancer de l'estomac. Mère morte de maladie de cœur. b) *Collatéraux* : 1 frère mort à 1 mois. Deux autres bien portants. 1 cousine germaine atteinte de paralysie infantile (à 7 ans) morte à 12 ans de méningite. Chez deux nièces, polydactilie (une 24 et l'autre 22 doigts, pieds et mains). c) *Personnels* : Marche et parle très tard, énurésie nocturne jusqu'à 7 ans. Convulsions. Quatre érysipèles. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Type longiligne. Signe de Gaucher. Face étroite. Appareils génitaux externes petits. *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann et Meinicke négatifs. L.C.R.: Alb. 0,20, Leuco, 0,4. Benjoin 00000. 12100. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

Obs. 23. — D. Alphonse, 41 ans. Interne à 15 ans pour impulsions. Débilité mentale et épileptoïdie. Age mental (B.S.) 8 ans. *Antécédents* : a) *Héréditaires* : Grands-parents décédés entre 70 et 80 ans. Asthme, néphrite, néoplasme. b) *Collatéraux* : 1 sœur aînée morte à 51 ans, diabétique. 2 autres bien portantes (1 frère, son cadet, mort à 7 ans de mé-

ningite tuberculeuse). c) *Personnels* : Marche tard en raison d'une hémiparésie gauche congénitale ou des premiers mois. Crises d'épilepsie depuis l'âge de 14 ans. *Signes Physiques et Fonctionnels* : Microcéphalie légère, oreilles sans lobules, hémiparésie et hémiatrophie gauches, claudication, semi-surdité, appendice xyphoïde très petit. Fossette coccygienne. Crises convulsives (2 ou 3 par mois). *Signes Biologiques* : Sang : Wassermann, Meinicke négatifs. L.C.R. : Alb. 0,18, Leuco, 0,6. Benjoin 01100. 22200. 00000. Pandy, Wassermann, Meinicke négatifs.

COMMENTAIRES ET STATISTIQUES

Notre étude, du fait de l'absence de tout choix préalable dans le lot de nos malades, ne nous a pas permis de mettre en valeur divers éléments susceptibles d'être à la base de certaines oligophrénies. C'est ainsi que nous n'avons pas eu à retenir de cas de mariages consanguins entre les parents ou de cas de gemellités. De même les traumatismes obstétricaux qui ont pour Pierre Marie une influence épileptogène considérable et peuvent, à n'en pas douter, jouer un rôle dans les arrêts du développement intellectuel, ne nous ont jamais été affirmés avec une certitude et une précision telles que nous ayons pu les retenir.

Quoiqu'il en soit, nos 100 observations se répartissent de la façon suivante :

A. — 20 cas d'idiotie auxquels on peut attribuer les étiologies suivantes :

— Hérédo-syphilis certaine	2 cas
— Hérédo-syphilis probable	2 cas
— Hérédité psychopathique	7 cas
— Maladie infectieuse	1 cas
— Cause indéterminée	8 cas

B. — 49 cas d'imbécillité, auxquels on peut attribuer les étiologies suivantes :

— Hérédo-syphilis certaine	4 cas
— Hérédité psychopathique	17 cas

— Hérité alcoolique	6 cas
— Maladie infectieuse	4 cas
— Traumatisme	3 cas
— Mongolisme	1 cas
— Cause indéterminée	14 cas

C. — 31 cas de *débilité mentale*, auxquels on peut attribuer les étiologies suivantes :

— Hérido-syphilis certaine	3 cas
— Maladie infectieuse	1 cas
— Traumatisme	1 cas
— Hérité alcoolique	7 cas
— Hérité psychopathique	11 cas
— Disfonctionnement endocrinien ou limphoïde	3 cas
— Cause indéterminée	5 cas

En récapitulant, on arrive aux résultats suivants : chez 100 oligophrènes, de divers degrés, de tout âge et des deux sexes de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval, on a pu mettre en évidence les étiologies suivantes :

13 fois une hérédité alcoolique.
35 fois une hérédité psychopathique.
6 fois une maladie infectieuse.
4 fois un traumatisme.
4 fois des troubles endocriniens ou du tissu limphoïde.

Ceci posé, nous nous proposons d'analyser les résultats de nos recherches et les arguments qui nous ont incité à incriminer une cause plutôt qu'une autre.

Le diagnostic d'Hérédosyphilis a été établi 9 fois de façon certaine. Les antécédents ont été marqués chez 5 malades par des symptômes neurologiques (convulsion 2 fois, syndrome méningé 1 fois, syndrome médullaire 1 fois, épilepsie 3 fois). Au point de vue somatique, on note : 3 fois une asymétrie cranio-faciale, 2 fois un strabisme, 2 fois une fossette coccygienne, 2 fois le front olympien, 2 fois l'écartement anormal des yeux et la microphthalmie (chez le frère et la sœur), 2 fois la mutité (1 fois avec surdité), 5 fois des stigmates dentaires (1 fois dent d'Hutchinson nette, 5 fois vices d'implantation ou le signe de Gaucher). Sans aller plus loin, nous pouvons déjà souligner qu'aucun stigmate ne s'impose de façon nette et n'est susceptible de dicter le diagnostic.

Au point de vue biologique, nous avons trouvé :

a) dans le sang : 5 fois la réaction de Wassermann positive, 1 fois la réaction de Meinicke positive.

b) Dans le L.C.R. : 3 fois la réaction de Meinicke positive.

— 4 fois une hyperalbuminose importante : 1,80. 1. 0,70. 0,55.

— 4 fois une Hyperalbuminose légère : 3 fois 0,30. 1 fois 0,28.

— 3 fois une hyperlymphocytose : 4,5. 2,4. 1,6. 1,4.

— 1 fois l'extension à droite du benjoin coïncidant avec la plus forte albuminose.

— 1 fois l'extension à gauche du benjoin.

Il est à remarquer que jamais nous n'avons eu

concordance entre les deux réactions Wassermann et Meinicke et qu'une fois seulement la réaction de Meinicke a été positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien à la fois. En ce qui concerne l'âge des malades chez qui ces réactions sont positives, 5 ont moins de 25 ans, 2 moins de 35 ans, 1 près de 40 ans et 1 plus de 50 ans.

L'origine hérédo-syphilitique nous a paru probable dans 2 cas. En raison de l'anamnèse, de l'abondance et de la netteté des stigmates, en l'absence de toute autre cause dégénérative pouvant les expliquer.

Enfin il est à noter que parmi ces onze cas d'hérédo-syphilitiques, il y a 3 enfants naturels, 2 malades ayant des antécédents psychopathiques : pour l'un, un grand-père ayant présenté des signes nets d'involution sénile, pour l'autre, une tante débile mentale.

Au point de vue statistique, c'est dans l'idiotie que nous avons relevé l'hérédo-syphilis le plus souvent : 4 fois sur 20, contre 4 sur 49 dans l'imbécillité et 3 sur 31 dans la débilité.

Le diagnostic d'hérédo-alcoolique a été porté 13 fois de façon certaine. Nous n'avons retenu cette étiologie que dans les cas où elle était nette et marquée (mort d'alcoolisme aigu, réactions médico-légales).

L'intoxication éthylique remonte souvent (4 fois) à deux générations et s'accompagne d'un abaissement considérable de la moralité (2 fois dépravation marquée, 1 fois réactions antisociales ayant nécessité le baigne) et de l'intelligence. Ce sont les deux procréateurs quelquefois qui sont profondément imprégnés (5 fois) ou simplement un seul (6 fois le père, 3 fois la mère).

Il est à remarquer qu'elle entraîne plutôt des

formes légères d'arriération (7 cas de débilité mentale sur 31 ; 6 cas d'imbécillité sur 49 ; 1 fois associée à l'hérédité dans l'idiotie).

Il est évident que ces chiffres sont nettement au-dessous de la réalité, car ce facteur peut s'associer aux autres. Nous n'avons retenu que les cas où seul il était mis en cause. Ainsi dans l'hérédité psychopathique où on le retrouve avec une fréquence particulière (11 fois) mais sa signification est difficile à interpréter, il y est plus un symptôme qu'une cause. Cependant son action adjuvante serait difficile de nier.

L'hérédité psychopathique constitue le facteur étiologique le plus important que nous ayons relevé puisqu'il atteint la proportion de 35 %.

En effet, nous avons trouvé :

— Dans 1 cas : 3 ascendants arriérés (avec 3 collatéraux arriérés, 1 prostituée en prison et plusieurs oncles délinquants).

— Dans 9 cas : 2 ascendants dont 4 fois un des grands-parents ayant présenté des psychopathies qui se répartissent ainsi :

Oligophrénies	3
Psychoses maniaco-dépressives . . .	3
Psychose hallucinatoire et sénilité	1
Mélancolie	1
Epilepsie et débilité mentale	1

— Dans 15 cas un des procréateurs (11 fois la mère, 5 fois le père) est un malade mental. Ils présentent les affections suivantes

Oligophrénies	7
Déséquilibrés	3
Psychoses maniaco-dépressives , . .	2

Mélancolie	1
Démence	1
Diagnostics inconnus	2
(Internements prolongés)	

— Dans 2 cas un des grands-parents est interné :

Oligophrénie	1
Démence sénile	1

— Dans 10 cas, un oncle ou une tante atteints de troubles psychiques (4 fois en même temps que les parents) :

Oligophrénies	8
Psychose systématisée	1
Diagnostic inconnu	1

— Dans 15 cas : un ou plusieurs collatéraux directs présentant une des affections suivantes (18 fois en même temps que les ascendants) :

Oligophrénies	12
Déséquilibrés	1
Maniaco-dépressive	1
Bouffée délirante des dégénérés	1

— Dans 8 cas : un ou plusieurs cousins ou cousines avec les diagnostics :

Oligophrénies	4
Mélancolie	1
Psychose puerpérale	1
Schizophrénie	1
Paraphrénie	1

Ainsi les 35 cas malades que nous avons rangés dans le groupe de l'hérédité psychopathique dégénérative ont 39 ascendants qui présentent des troubles mentaux variés, psychose maniaco-dépres-

sive (5), déséquilibrés (3), mélancolie (2), sénilité (2), parmi lesquels l'oligophrénie tient la plus large place (23 cas). Par contre, si nous avons relevé des troubles de même nature chez certains de leurs collatéraux (15 fois), il n'est pas inutile de remarquer qu'à côté de familles dans lesquelles tous les produits sont tarés, il en est d'autres où seulement un ou deux éléments de la progéniture sont touchés, montrant combien les lois de l'hérédité restent encore bien mystérieuses.

L'origine traumatique a été invoquée 4 fois : une fois elle remonte à la vie fœtale et 3 fois à l'enfance (3 ans, 5 ans et 8 ans). Elle a d'ailleurs été accusée d'autres fois par les familles, mais en l'absence de précisions ou de signes nets, nous ne l'avons pas retenue. Remarquons que 3 fois on pourrait noter une certaine fragilité du tissu nerveux chez les ascendants : 1 grand-père mort paralysé. 1 grand-père mort de cancer du cerveau.

L'origine infectieuse est nette dans 6 cas : l'oligophrénie apparaît comme la séquelle d'une maladie de la vie fœtale (1 fois), plus souvent de l'enfance (28 mois, 30 mois, 5 ans, 8 ans) déterminant un arrêt total ou partiel du développement intellectuel. Dans 4 cas on constate à l'examen du L. C.R. une hyperalbuminose (0,55. 0,40. 2 fois 0,30) et une fois l'extension à droite, 2 fois l'extension à gauche de l'aire de précipitation du benjoin colloïdal.

Quant aux maladies en cause, il s'agit 3 fois de la fièvre typhoïde, 1 fois de la rougeole, 2 fois d'affection pulmonaire. Il est fort possible que parmi les cas où la cause est restée indéterminée, quelques-uns soient dus à ces infections de l'enfance sur lesquelles on insiste à juste titre ces derniers temps ;

mais nous n'avons voulu retenir que ceux où des troubles encéphalitiques avaient été constatés en même temps qu'un déficit grossier de l'intelligence. Quant au premier cas, nous l'avons intégré à ce groupe en raison de la réaction méningée discrète (Alb. o,40. Extension à droite du benjoin), de ses troubles (surdité) congénitaux comme son imbécillité et qui ne peuvent s'expliquer que par une encéphalite au cours de la vie fœtale ; l'intégrité physique et psychique des collatéraux, l'anamnèse doivent, semble-t-il, permettre d'incriminer la fièvre typhoïde plutôt qu'une maladie à évolution longue que rien ne justifie.

L'origine endocrinienne ou lymphatique paraît probable dans 4 observations : l'évolution d'un crétinisme (75) a été arrêtée par exérèse d'un goitre mais il n'en persiste pas moins une débilité mentale profonde. C'est encore au corps thyroïde que l'on attribue classiquement les cas de mongolisme. Les résultats de l'amygdalectomie dans une autre observation permettent, semble-t-il, d'incriminer le rôle du tissu lymphoïde.

Il est incontestable que dans le dernier cas, le plus discutable d'ailleurs, le dysfonctionnement endocrinien à prédominance hypophysaire est apparu depuis longtemps (peut-être depuis l'infection ourlienne) et qu'il a pu jouer un rôle dans l'arrêt, puis la régression du développement intellectuel.

Le diagnostic étiologique n'a pas pu être établi dans 27 cas, soit que leurs antécédents soient méconnus, comme pour 6 pupilles de l'Assistance publique, soit encore qu'ils ne montrent rien de caractéristique ou que l'examen physique et biologique n'apporte que des données incertaines.

On a cependant essayé de les classer et de leur

chercher une cause possible. En présence de certains ensembles de symptômes tirés de l'examen le plus certain : celui du L.C.R.

Dans 3 cas (26/96/136) une hyperalbuminose considérable (1,30/1/94) une hyperlymphocytose légère (1,2/2,2/1,5) et par l'extension à droite et à gauche de l'aire de précipitation au benjoin indiquent qu'à un moment de la vie il y a eu des réactions méningo-encéphalitiques marquées. Quelle a pu en être l'origine ? Rien ne permet d'écarter ni d'affirmer l'hérédosyphilis possible.

Dans 6 cas (58, 53, 76, 83, 45, 95) les signes biologiques sont dissociés et les conclusions plus difficiles à établir : l'hyperalbumine (3 fois 0,50/0,45/1 et 0,40 et l'hyperlymphocytose (1/3/1,6/3 fois 1/4) sans extension ni à droite ni à gauche de l'aire de précipitation du benjoin sont les seuls éléments à retenir. Ici dans 2 cas (53 et 95) on pourrait peut-être rapprocher de ces données la rougeole qui a évolué au cours de l'enfance et supposer qu'il y a eu une réaction encéphalique latente, mais elle est là encore du domaine de l'hypothèse.

Dans 3 cas (93/104/18), on a noté : une hyperalbuminose (0,80/1/0,30) avec extension à gauche, à droite, ou à droite et à gauche de l'aire de précipitation du benjoin. Dans un cas (98) il n'y a qu'une lymphocytose à 2,2 avec convulsion de l'enfance. Dans 4 cas (15/73/100/67) une hyperalbuminose (0,30/0,40/0,60/0,50). Il n'y a pas là de quoi faire un diagnostic, surtout avec un examen clinique qui ne montre que des signes banaux de dégénérescence, et d'autant plus que ce sont des symptômes que nous avons notés avec une grande fréquence chez les hérédos-alcooliques et même chez les hérédos-vésaniques.

Il convient de noter ici l'importance qu'ont pu avoir les fautes de diététiques au cours du premier âge sur le développement intellectuel sur certains sujets. Il faut faire une place particulière à une pratique encore en honneur dans certains coins du Perche, malgré les efforts de plusieurs générations de médecins de campagne, et qui consiste à faire absorber aux jeunes enfants et même aux nourrissons des boissons alcoolisées en quantité tellement considérables qu'on a pu parler à juste titre d'alcoolisme du biberon.

Il est évident, et l'exposé de nos observations le montre clairement, que plusieurs causes peuvent agir simultanément ; ainsi l'action des causes exogènes s'intrique avec celle de l'hérédité psychopathique ou alcoolique. Jamais nous n'avons eu à en discuter pour l'hérédo-syphilis ; dans les autres cas nous avons conclu en faveur du facteur étiologique qui nous a paru le plus important.

REMARQUES SUR LA STATISTIQUE ET CONCLUSIONS

De notre statistique se dégagent quatre faits principaux : la faible proportion des cas d'origine hérédo-syphilitique (11 %), le nombre, au moins aussi important (14 %) des cas d'origine exogène comme disent les auteurs allemands (infectieuse, traumatique, endocrinienne), le rôle non négligeable de l'hérédité alcoolique (13 %), plus les nombreux cas où elle s'intrique avec une autre cause et l'importance de l'hérédité psychopathique (35 %).

Ces chiffres ne nous ont guère surpris, car dès 1936, M. Ey, dans la classification étiologique de ses entrantes, relevait 17 cas d'oligophrénie d'origine héréditaire et 5 cas d'origine hérédo-syphilitique. D'autre part, dans « les premiers résultats de quelques investigations généalogiques en Beauce (Congrès de Zurich, 1936) publiés par MM. Picard et Ey, on note dans ces familles de psychopathes de nombreux cas d'arriération mentale et déjà ces mêmes auteurs attirent l'attention sur certaines modalités héréditaires ». Il semble, disent-ils, que l'hérédité similaire soit plus fréquente dans les formes admettant un niveau de dissolution de fonctions mentales plus profondes et touchant aux états proprement neurologiques. » Il suffit d'ailleurs de feuilleter quelques tomes du registre de la Loi d'un hôpital psychiatrique de province, pour se convain-

cre que ce sont les mêmes familles qui fournissent le plus gros de sa population.

Ainsi, nos chiffres se trouvent en désaccord à la fois avec ceux proposés par les défenseurs des deux tendances que nous avons évoquées au début de ce travail. Comment expliquer ce fait ?

Il tient d'abord du caractère même de notre champ d'expérience il s'agit ici d'une population essentiellement rurale, qui reste attachée à la terre et ne subit que fort peu les influences de la grande ville. Il semble même exister dans ces campagnes une sorte de tradition raciale qui fait que les familles s'allient peu avec les éléments venus des régions voisines. Si ces coutumes ne favorisent peut-être pas les croisements qui pourraient régénérer la race ; elles tendent d'autre part à limiter le champ de la syphilis à quelques foyers exceptionnels. Mais malgré tout, ce n'est pas le point le plus important, semble-t-il, l'avantage de cet état de chose est de fixer les familles à la même région et de permettre des recherches généalogiques qui ne peuvent se faire que difficilement dans les grandes villes. Nous n'en voulons pour preuve que les résultats qui peuvent être obtenus en Suisse, grâce à la division de ce pays par cantons, à la possibilité de recherches sur un terrain d'investigations semblable au nôtre.

Ainsi, M. Bersot, dans un travail sur les bases de la prophylaxie des troubles mentaux, cite comme causes de l'oligophrénie, la dégénérescence thyroïdienne, l'hérédo-syphilis, les traumatismes intra-utérins ou les maladies graves de la mère pendant la grossesse, les traumatismes obstétricaux et les maladies de la petite enfance. Mais il attire l'attention sur le rôle important de l'hérédité : « Parmi la parenté de ces 547 malades, dit-il, il y avait au total 1.062 tarées : 59 souffraient d'oligophrénie,

237 de psychoses, 265 avaient un caractère anormal, 338 étaient atteintes d'alcoolisme, 36 s'étaient suicidées et 27 avaient commis un crime. »

D'autres psychiatres suisses à qui M. Bersot a bien voulu poser la question ont répondu dans le même sens. Le Professeur Steck, de Lausanne, déclare : « Selon nos observations parmi nos nombreux oligophrènes, la principale étiologie est toujours l'hérédité similaire. Les cas avec signes hérédo-luétiques sont très rares. » Le Docteur Lutz, Directeur de « La Stéphansburg », questionné par le Professeur Maïer, lui a répondu : « Je suis toujours étonné de voir combien les syphilitiques sont peu nombreux dans l'Asile d'Idiots d'Uster. »

En Belgique, M. le Professeur Vermeyleen reste sur ses positions et pour lui l'hérédo-syphilis continue à jouer un grand rôle dans le déterminisme des oligophrénies, soit qu'elle agisse directement, soit encore qu'elle ne fasse que préparer le terrain et favoriser l'action des causes exogènes. Inversement en Allemagne, M. le Professeur Rüdin soutient, comme nous l'avons vu, que c'est à l'hérédité que serait due cette « neuropexie » et que c'est grâce à elle que pourraient agir tous les autres facteurs étiologiques, même la syphilis.

En Turquie, M. le Professeur Mazhar Osman Uzman ne lui attribue par contre qu'un rôle tout à fait secondaire (5 %) et insiste sur celui des maladies infectieuses de l'enfance et de l'éclampsie.

Parmi les réponses que nous avons reçues, certaines ne limitaient pas le problème à celui de l'étiologie de l'oligophrénie, cependant nous ne pouvons passer sous silence celle de M. le Professeur Urechia (Cluj) qui, sur 7.443 malades, trouve 15 hérédo-syphilis nerveuses, 184 cas avec des stigmates

nets. Par contre, chez 225 enfants, il trouve 61 hérédo-syphilitiques.

Chez nous, si M. le Docteur Heuyer reste convaincu du rôle primordial de l'hérédo-syphilis, il n'en est pas de même de son élève M. Pierre Mâle, qui écrit : « Dans une thèse ancienne, nous avons essayé de saisir la proportion d'hérédo-syphilis dans les troubles mentaux. Elle nous a paru (Marfan, Fournier, Nobécourt) voisine de 40 %. Ce chiffre nous paraît actuellement excessif. Il faut, je crois, en rabattre. »

En somme, le problème de l'étiologie des oligophrénies est loin d'être résolu ; nous n'avons pas la prétention même d'essayer de lui donner une solution. Cette enquête extrêmement limitée nous a cependant montré, en même temps que les difficultés, et parfois même les impossibilités, qu'il y avait à conclure à une étiologie plutôt qu'à une autre, que le champ de l'hérédo-syphilis semble beaucoup moins étendu qu'il était classique de le dire il y a quelques années encore. Par contre, elle nous incite à revenir à la vieille notion de dégénérescence chère aux psychiatres du siècle dernier. Il serait prématuré de vouloir tirer de ce travail vraiment restreint des conclusions définitives. Mais il ne doit être que le premier pas de recherches plus étendues avec des méthodes nouvelles, telles que M. Ey les a définies dans son article de l'Aliéniste français.

En effet, il ne s'agit pas de diminuer en rien le rôle bienfaisant de l'arsenal antivénérien ; mais on peut se demander s'il suffit à lui seul à enrayer la procréation de ces infirmes du cerveau qui sont une charge considérable pour le budget des collectivités. Des résultats comme ceux que nous avons trouvés, inciteraient plutôt à chercher du côté de l'Eugénique les solutions à ce problème médico-so-

cial. Les inconnues sont trop considérables, les restrictions d'ordre religieux ou métaphysiques trop légitimes pour que l'on envisage, actuellement, dans notre pays, la possibilité de la stérilisation chirurgicale des anormaux comme elle est pratiquée autre part. Mais une prophylaxie mentale bien comprise telle qu'elle a été préconisée par M. Haye et notre maître M. Lauzier, une interprétation judicieuse de la loi de 1838 permettant l'internement précoce, avant les débordements génésiques de ces anormaux particulièrement prolifiques ne réaliseraient-ils pas la meilleure des stérilisations tout en conservant à l'individu sa dignité humaine comme il est de tradition dans nos pays de civilisation latine ?

CONCLUSION

I. — Le rôle de l'hérédo-syphilis dans les oligophrénies est diversement interprété par les différents auteurs : considérable pour les uns, il est minime pour les autres.

II. — L'étude critique des principaux signes d'hérédo-syphilis montre qu'à part ceux tirés de l'examen biologique, et encore ceux-ci sont-ils souvent incertains, bien peu sont pathognomoniques. Seul leur groupement peut entraîner un diagnostic de certitude ou de probabilité.

III. — L'analyse de cent cas d'oligophrénies, pris au hasard, entreprise dans le but de déterminer la part de l'hérédo-syphilis par rapport aux autres facteurs étiologiques, dans la genèse de ces troubles, nous a permis d'établir la statistique suivante :

Hérédo-syphilis certaine ou probable ..	11 %
Hérédo-alcoolisme certain	13 %
Encéphalopathies infantiles	6 %
Troubles endocriniens ou du tissu lymphoïde	4 %
Traumatismes	4 %
Hérédité psychopathique	35 %

IV. — La part de l'hérédo-syphilis nous apparaît donc beaucoup moins importante que dans les travaux des auteurs français d'avant 1930.

V. — L'Alcoolisme qui peut déjà être en soi l'expression d'une tare psychique reste un des grands responsables de la dégénérescence mentale.

VI. — Les causes exogènes (encéphalopathies, traumatismes) qui frappent soit le fœtus, soit le jeune enfant, sont d'autant moins négligeables qu'elles paraissent parmi les plus méconnues et les plus difficiles à déceler rétrospectivement,

VII. — Enfin l'importance du rôle de l'hérédité psychopathique semble, elle, considérable. Il importe d'entreprendre, avec des méthodes nouvelles, les recherches généalogiques qui, seules, permettront de fixer avec rigueur les modalités de la transmission des tares psychiques.

Vu : *Le Doyen*,
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — La recherche de l'hérédité syphilitique (*Monde Médical*, 1925).
- BABONNEIX. — Syphilis héréditaire du système nerveux (Masson, 1930).
— Hérédo-syphilis et épilepsie (*Monde Médical*, 1926).
— Maladie de Little et Syphilis héréditaire (*Monde Médical*, 1939).
- BARBARY. — Atrophie et hérédo-syphilis (Phèse, Paris, 1919).
- BARBE. — Recherches sur l'embryologie du Système nerveux central de l'homme (Masson, 1938).
— Dégénérescence (Collection Sergent, 1921).
- BARTHÉLEMY. — Hérédo-syphilis et glandes endocrines (*Annales des maladies vénériennes*, 1919).
- BELEY. — La fossette coccygienne est-elle un stigmate de nature hérédo-syphilitique certaine ? (*Gaz. des Hôp.*, 1939).
- BENASSI. — Un grave problème de pathologie sociale: la syphilis des descendants humains. (*Revista sperimentale de Frenatria*. Vol. XLIX).
- BERNARD (Paul). — Essai sur la prophylaxie de la criminalité et de la délinquance alcoolique (Th. Lyon, 1938).
- BERMANN (Gregorio). — La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile (*Cong. de Psych.*, inf. 37)
- BERSOT. — Les bases de la prophylaxie des troubles mentaux (*Revue Suisse d'hygiène*, 1927).
— Les malades mentaux et leurs enfants (*Schweizischen Medizinische Wochenschrift*, 1938).
— Les malades mentaux hospitalisés en Suisse (*Schweir Med. Woch.*, 1938).
- BOROWIECHI. — L'état actuel et les besoins de l'étude de l'hérédité dans la Psychiatrie polonaise (*Rocznick Psych.* 1937).

BONCOUR (Paul). — Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive (Progrès Méd., 1913).

Mme BONNAFOUS-SERIEUX et Ey. — Les kinésies de jeu chez les idiots (A.M.P. 1938).

BOUNHOURE. — Etudes biologiques et cliniques sur le L.C.R. de l'enfant (Th. Toulouse, 1937).

BOURNEVILLE. — Recherche sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (1901).

BORDET (Fr.). — Diathèse hérédo-syphilitique (Questions cliniques d'actualité, 1937).

A. BOSTROM. — Psychoses syphilitiques (In. Bumke, T.VIII).

CATHALA. — La syphilis héréditaire larvée (Problèmes actuels de pathologie médicale, 1934).

P. CHEVALLIER. — Deux cas d'hérédo-syphilis grave chez des enfants issus de pères soignés dès le début de chancre et déclarés guéris. (Cong. de la syphilis héréditaire, 1925).

P. CHEVALLIER et COLLIN. — L'anémie des nourrissons hérédo-syphilitiques (Semaine des Hôpitaux de Paris, 1939).

CERDERCRENTZ. — Les troubles endocriniens sont-ils cause de la triade de Hutchinson (Münch. Med. Woch. 1925).

CLAUDE. — L.C.R. dans les maladies mentales (Congrès de Lille, 1930).

— Précis de Neurologie (Ball. 1926).

COMBEMALE. — Comptes rendus des congrès des aliénistes et neurologistes français et de langue française (Zurich 36-Alger 38).

CROUZON. — Etude des maladies familiales nerveuses et dystrophiques (Masson, 1929).

COURTOIS. — Etudes biologiques et cliniques sur les maladies mentales (Paris, 1928).

COMBY (Jules). — Les encéphalites aiguës, post infectieuses de l'enfance (Bull. Méd. 1939).

COMBY (Marie-Th.). — Syndromes encéphalitiques au cours des maladies infectieuses de l'enfance (Th. Paris, 1935).

DALLEMAGNE. — Dégénérés et déséquilibrés (Bruxelles, 1895).

- DAYTON. — Syphilis congénitale comme cause de la déficience mentale (Med. and Surg. Journ. Boston, 1925).
- Degrés de la déficience mentale résultant de la syphilis congénitale (Journ. Amer. 1926).
- DECROY et BUISSE. — La pratique des tests mentaux (Alcan, 1928).
- DIDE et VAN BOGAERT. — Sur l'idiotie amaurotique juvénile (Rev. Neurol. 1928).
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du Médecin praticien (Masson, 1929).
- DROUET et HAMEL. — Hérédo-syphilis mentale (Masson, 1930).
- DUBLINEAU. — Pathogénie des formes frustes de la neuro-syphilis (Congrès d'Alger, 1938).
- Quelle valeur attribuer, au point de vue syphilis, aux réactions biologiques liminaires en psychiatrie (Ann.Med. Psych., 1935).
- DUPOUY, PICARD et PICHARD. — Syphilis héréditaire, paralysie générale juvénile ; hémimélie chez la sœur (Bull. Soc. Clin. de Méd. Mentale, 1928).
- DUPAIN. — Comptes rendus du Congrès des Aliénistes et Neurologistes Français et de Langue Française (Paris, 1925).
- DOUKAN. — Myxœdème congénital chez un hérédo-syphilitique (Monde Médical, 1939).
- EHEHORN. — Syphilis fœtale (Acta. Med. Scandinavia, 1935).
- ESQUIROL. — Des Maladies Mentales (Paris, 1838).
- ETIENNE. — Epilepsie, vitiligo, syphilis héréditaire (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1914).
- EY et ROUART. — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie (Enc. I XXXI).
- EY. — Projet de création de petits centres d'études psychogénéalogiques (Aliéniste Français, 1939).
- FAURE BEAULIEU. — Hérédo-syphilis tardive du nerveux (Pr. Méd., 1928).
- FAY. — Influence de l'alcoolisme des parents sur l'enfant.
- FERNET. — Syphilis héréditaire tardive (Coll. Sergent, 1925).

- FOURNIER (Alf.). — La syphilis héréditaire tardive (Masson, 1886).
- FOURNIER (Ed.). — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive (Masson, 1907).
- GALLIOT. — Deux cas d'hérédo-syphilis à longue échéance (Paris Méd. 1919).
- Mme GAZIANOL. — Jumeaux et maladies mentales (Th. Paris, 1936).
- GENIL-PERRIN. — Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale (Leclerc, 1913).
- GILBERT-ROBIN. — Les faux arriérés (La Vie Méd., 1938).
— Précis de Psychiatrie infantile (Dorin, 1939).
- GRENET. — Sur quelques aspects de la syphilis héréditaire.
- HAYE et LAUZIER. — L'hygiène et la prophylaxie mentale, base de l'assistance psychiatrique (Aliéniste Français, 1927).
- HAMEL et LORES-ALBO. — Rapport au Congrès de Barcelone, 1929.
- HEUYER. — Enfants anormaux et délinquants juvéniles (Th. Paris, 1913).
- HÉRICOURT. — Le terrain dans les maladies (Flammarion, 1927).
- HUTINEL. — Influence de l'hérédo-syphilis sur le développement de l'encéphale (Pédiatrie Pratique, 1913).
- HUTINEL et STEVENIN. — Syphilis héréditaire et dystrophiante (Méd. Inf. 1920).
- HUTINEL. — Les dystrophies de l'enfance (Masson, 1924).
— Le terrain hérédo-syphilitique (Masson, 1925).
- JEANS. — Cerebrospinal involvement in hereditary Syphilis (Ann. Journ. of Dis. of Child., 1910).
- KAUFMAN (Irène). — Les formes les plus légères d'arriération sur fond d'hérédo-syphilis (Travail du Lab. du Professeur Ranschburg, Budapest, 1928).
- KNUD et KRABBE. — La pathogénie de l'idiotie mongoloïde en lumière du mongolisme chez les jumeaux (Acta Psychiatr. 1926).

- LAGURET. — Le mongolisme et son étiologie (Th. Paris, 1932).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les psychopathies hérédo-syphilitiques (Conférence de la syphilis héréditaire, 1925).
— Les psychopathes hérédo-syphilitiques (Ann. des Mal. Vén., 1925).
- LAIGNEL-LAVASTINE, BAREL et DELMAS, — La pratique psychiatrique.
- LARSEN J, ERICK. — Etude neurologique, étiologique sur 1000 déficients mentaux (Acta Psych. et Neurol, 1931).
- LAVERGNE et HELLUY. — Les formes méconnues des encéphalites de la rougeole (Progrès Méd., 1929).
- LAVERGNE. — Contribution à l'étude de certaines réactions méningées de l'enfance. Leur relation fréquente avec la syphilis héréditaire (Th. Paris, 1919).
- LEBOURG. — Les dystrophies dentaires de la syphilis héréditaire (Doin, 1929).
- LEDENT et WELLENS. — Précis de Biométrie (Vaillant-Carmanne-Liège).
- LEGRAIN. — Héritéité et alcoolisme (Doin, 1885).
- LEREBoullet. — Le diagnostic de l'hérédo-syphilis (Prog. Méd., 1938).
- LERFEDDE. — Rapport à la conférence de la syphilis héréditaire (Paris, 1925).
- LESNE et BOUTELIER. — Rapport à la conférence de la syphilis héréditaire (Paris, 1925).
- LETAILLEUR (Maurice). — Psycho-Encéphalite rhumatismale primitive (Bull. Méd. 1939).
- LÉVY-VALENSI. — Les encéphalopathies infantiles (Coll. Roger Vidal, 1925).
- LEWIN (S.). — Sur l'idiotie amaurotique des enfants juifs de la Russie Blanche (Arch. Argentines de Neurol., 1935).
- LIÈGE. — Encéphalites de l'enfance (Clinique et Labo, 1937).
— Les méningites de la syphilis héréditaire (Clin. et Labo., 1929).
- LONGCHAMP. — Etude sur quelques observations de convulsions de l'enfance (Th. Paris, 1926).
- LONG-LANDRY (Mme). — La Maladie de Little (Th. Paris 1911).

- LORTAT-JACOB. — Stigmates dentaires l'hérédo-syphilis (Science Méd. Prat., 1914).
- MAGNAN et LEGRAIN. — Les dégénérés (Rueff et Cie, 1895).
- MALE (Pierre). — Contribution à l'étude du rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance (Th. Paris, 1927).
— Le pronostic en psychiatrie infantile (Evol. Psych. 1939).
- MARCHAND. — Rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale (Doin, 1906).
— Hérité et Epilepsies (Collection Esquirol, 1939).
- MARCHAND et PICARD. — Imbécile épileptique fille de paralytique générale (Soc. Clin. Méd. Ment., 1927).
- MARCHAND, STORA et Mme GAULTIER. — Forme cérébrale évolutive anormale d'une syphilis héréditaire (Ann. Méd. Psych. 1938).
- MARIE (Auguste). — Neurosyphilis familiale (Soc. Clin. Méd. Ment., 1926).
— Influences psychopathiques ancestrales (Ed. Médic. 1929).
- MARIE (Pierre). — Travaux et Mémoires (T.V, 1928).
- MARINESCO. — Sur l'idiotie amaurotique juvénile (Rev. Neur. 1938).
- MAZHAR, OSMAN UZMAN et IHSAN SCHÜRHU AKSEL. — Enfant d'une paralytique générale (Congr. psych. Inf. Paris, 1937).
- MINKOWSKA (Mme). — L'hérédité dans la schizophrénie et dans l'épilepsie (Evol. Psych. 1936).
- MIHULOWSKI. — Sur une nouvelle dystrophie de la syphilis congénitale. L'asymétrie digitale (Ann. de Derm. et Syph., 1933).
- MIRA. — Comptes rendus du Congrès des Aliénistes et Neurologistes Français et de Langue Française (Barcelone, 1929).
- MOREL. — Traité des maladies mentales (1859).
— Traité des dégénérescences (1857).
- MORIERA. — Crise convulsives des enfants au sein (Rev. dos. Cursos, 1919).
- NAYRAC. — Les formes cliniques inhabituelles de la neurosyphilis (Congrès d'Alger, 1938).

- NISOT. — La question eugénique dans les divers pays (Falk, Bruxelles, 1929).
- NOBÉCOURT. — Médecine et éducation. IV. Le médecin vis-à-vis des malades infirmes, des anormaux psychiques (Gaz. des Hôpit., 1939).
- PADDLE. — La ponction lombaire et le L.C.R. dans 2.000 cas de déficience mentale (Journ. of Ment. Science, 1934).
— Syphilis congénitale chez les enfants déficients mentaux profonds (British Journ. of Childr. Dis, 1933).
- PENEL. — La stérilisation des Anormaux en Amérique (Hyg. Ment. 30).
- PENROSE. — Syphilis congénitale chez les jumeaux monovulaires.
- PERRAULT (Marcel). — L'hérédo-syphilis critiquée (Progrès Méd. 1937).
- PICARD et EY. — Les premiers résultats de quelques investigations généalogiques en Beauce (Cong. de Zurich, 1936).
- PICARD. — De quelques notions actuelles au sujet de l'épilepsie dite essentielle (Enc. 1938).
- RACADOT. — Contribution à l'étude des formes graves de rachitisme chez les enfants atteints de syphilis héréditaire.
- RANSCHBURG. — Les débiles légers comme tests (Budapesti Orvosi Ujsag, 1904).
— Psychopathologie de la lecture, de l'écriture et du calcul chez l'écolier (Kong. f. Heilpädagogik, Munich, 1924).
— Psychologie physiologique et pathologique du calcul élémentaire (Zeits. f. Experiment. Pädagogik).
- RAVAUT. — Le L.C.R. dans la syphilis acquise et héréditaire. (Rev. de Méd. 1909).
- RAVAULT et LAIGNEL-LAVASTINE. — Les variations de l'albumine du L.C.R. dans les psychoses (Soc. Méd. Hôp. 1920).
- REGIS. — Précis de Psychiatrie (Doin 1923).
- RIOM (Mlle Caroline). — Contribution à l'étude clinique des encéphalites aiguës de l'enfant (Th. Paris, 1933).
- RODIET et QUERON. — Débilité mentale. Imbécillité. Déséquilibre mental et Hérité (Gaz. des Hôp. 1936).
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de Psychiatrie (Alcan, 1923. Ann. Méd. Psych., 1937).

- ROGER et HALLIEZ. — Débilité mentale et P.G. juvéno-infantile (A.M.P. 1938).
- ROUDINESCO (Jenny). — Les lésions encéphaliques de la diphtérie (Th. Paris, 1933).
- ROUBINOVITCH, BARUK et BARIETY. — Le L.C.R. dans la débilité mentale infantile simple (Enc. 1922).
- ROUBINOVITCH. — Les syndromes neuropsychiatriques infantiles et juvéniles (Bull. Méd. 1936).
- ROUBINOVITCH et Mlle BUGNION. — Neuro-psychiatrie médico-légale et sociale du vagabondage des Garçons (Bull. Méd. 1936).
- SERGENT et LONJUMEAU. — La syphilo-scrôphule (Monde Méd. 1939).
- SÉRIN (Mlle) et PICARD. — Troubles mentaux et syphilis chez plusieurs membres de la même famille (Soc. de Psych., 1927).
- SERAZY. — La syphilis nerveuse (Masson, 1926).
- SIMON. — Limites supérieures de la débilité mentale (Ann. Méd. Psych. 1927).
- STERN (Erick). — Contribution au diagnostic de la syphilis héréditaire en neuro-psychiatrie infantile (J. de Psych. Inf. 1935).
- Quelques considérations sur les causes et les premières manifestations de la débilité mentale (Cong. Psych. Inf. Paris, 1937).
- SJÖRGREN (Törstén). — Études cliniques et généalogiques sur les oligophrènes (Acta psych. 1932).
- TURPIN. — Le mongolisme (Semaine des Hôpitaux de Paris).
— La génétique appliquée à la prophylaxie des maladies humaines (Questions cliniques d'actualité) (6^e série, 1937).
- VERMEYLEN. — Les débilés mentaux (Bull. Int. Gén. de Psych., 1922).
— Hérédo-syphilis et déficience mentale (Cong. de Paris, 25).
- VERMEYLEN et DECAMES. — Considérations sur l'hérédo-syphilis en psycho-pathologie infantile (Cong. de Barcelone 1929).
- VERMEYLEN. — Les rapports cliniques entre les encéphalites et la démence précoce (Journ. Belge de Neuro. et Psych., 1938).

La Vie Médicale. — Hérédo-syphilis et maladie diathésique (1934). Les stigmates de la syphilis congénitale (1936). La question des enfants arriérés (1937). La stérilisation eugénique (1938).

VIGNOLO-LATURI. — Le masque vitiligineux de l'hérédo-syphilis (Rev. di Clin. Pediatre, 1919).

WAITZ (Robert). — Les lésions cérébro-méningées à la naissance (Doin, 1931).

WALLON. — L'enfant turbulent (Alcan, 1925).

WEIGANDT. — Atlas manuel de psychiatrie (Ballière, 1904).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
<i>Idée de dégénérescence</i>	11
<i>Rôle de l'hérédosyphilis.</i>	13
OLIGOPHRÉNIES.	21
<i>Rôle des autres facteurs</i>	18
<i>Généralités</i>	21
<i>Classification</i>	23
HÉRÉDOSYPHILIS	27
<i>Mécanisme et formes cliniques</i>	27
<i>Diagnostic : Antécédents</i>	30
<i>Signes physiques</i>	33
<i>Signes biologiques</i>	47
OBSERVATIONS	51
<i>Idiots</i>	51
<i>Imbéciles</i>	59
<i>Débiles</i>	74
STATISTIQUES ET COMMENTAIRES	85
<i>Statistique</i>	85
<i>Commentaires</i>	87
REMARQUES ET CONCLUSIONS	95
<i>Remarques</i>	95
<i>Conclusions</i>	101
BIBLIOGRAPHIE	103

